Dr Elie KATZENELENBOGEN
DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

248

CANCER SIMULTANÉ

DES

DEUX SEINS

PARIS
Jules ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE
ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1904

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30605477

Dr Elie KATZENELENBOGEN
DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

CANCER SIMULTANÉ

DES

DEUX SEINS

PARIS
Jules ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE
ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1904

A MON PÈRE

Docteur en Médecine

de

L'Académie Militaire de Médecine

de

Saint-Pétersbourg

Médecin du District de Wilkomir

Gouvernement de Kowna

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance filiale

A MADAME A. KATZENELENBOGEN

Médecin-Dentiste

de la

Faculté de Médecine de Kharkow

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants malades

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine

Chirurgien des Hopitaux

INTRODUCTION

Parmi les formes diverses du cancer du sein il en est une qui est heureusement très rare — c'est le cancer *simultané* des deux seins.

Ce cancer atteint les deux mamelles en même temps, et les malades nous disent qu'en portant par hasard les mains sur les deux seins elles ont découvert deux petites tumeurs de la grosseur d'une noix, ou d'un œuf de pigeon.

Parfois au dire des malades l'apparition de deux tumeurs s'était faite à plusieurs mois d'intervalle. Il est plus probable que dans ce cas les malades n'ont pas examiné les deux seins en même temps.

Ayant découvert une petite tumeur complètement indolente elles s'en sont fort peu préoccupées et c'est seulement quand le hasard leur faisait découvrir la deuxième tumeur qu'elles commençaient et à s'inquiéter et à rassembler leurs souvenirs.

Il est évident que nous ne pouvons pas avoir dans ces cas des signes précis pour pouvoir contrôler les affirmations des malades, mais toutes les fois qu'une malade se présente avec deux tumeurs dans les deux mamelles et que l'intervalle de leur apparition d'après anamnèse n'est pas très grand c'est-à-dire de deux ou trois mois, nous pouvons conclure que nous avons devant nous un cas de cancer simultané des deux glandes.

Ayant pour but d'étudier cette affection spéciale des mamelles nous allons écarter du cadre de ce travail les maladies qui ont quelques points de ressemblance avec le cancer simultané. Nous ne parlerons d'elles que pour mettre en relief les signes qui les distinguent au point de vue du diagnostic de la maladie qui nous occupe.

Ainsi nous ne nous occuperons qu'incidemment de la maladie kystique de Astley Cooper-Reclus, des mastites puerpérales, du squirrhe en cuirasse où les deux mamelles peuvent être envahies primitivement par des plaques cancéreuses cutanées, saillantes ou déprimées, violacées ou rougeâtres.

Les thèses récentes de Montihoux (*Cancer bilatéral du sein*) Paris 1900 et de Bellonne (de Bordeaux 1903 — *Tumeurs malignes bilatérales du sein*) ne rapportent que 14 observations du cancer simultané des deux seins. On verra que nous avons pu en réunir 18.

Nous consacrerons un chapitre spécial au traitement du cancer du sein en général et du cancer simultané en particulier ; nous tâcherons de mettre en évidence les progrès récents qu'a faits l'intervention chirurgicale au point de vue curatif de cette très grave affection.

Quant au sarcome bilatéral et *simultané* nous n'en avons pas trouvé d'observations.

Enfin sur les conseils de M. le Professeur agrégé Mauclaire nous allons résumer ce qui a été publié sur le nouveau traitement du cancer inopérable du sein, proposé par G.-T. Beatson, c'est à-dire la castration ovarienne bilatérale. A ce sujet nous publions plus loin sept observations. Nous verrons ce qu'il faut penser de ce traitement.

Avant d'aborder ce travail nous tenons à adresser nos vi

remerciements à M. le Professeur agrégé Mauclaire pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous guider de ses conseils éclairés et pour l'empressement qu'il a eu à mettre à notre disposition les matériaux qui pouvaient nous être utiles.

Qu'il nous permette de lui manifester ici nos sentiments de profonde reconnaissance.

M. le Professeur Kirmisson nous a fait un grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il daigne recevoir l'hommage de notre profonde gratitude.

HISTORIQUE

L'historique des tumeurs symétriques bilatérales est difficile à présenter.

Cette variété de lésion n'a été étudiée que pour chaque organe en particulier — peau, ovaires, reins, glandes lacrymales, parotides, etc.

En ce qui concerne les seins il faut citer Billroth, Schmidt, Schimmelbusch etc. et un article intéressant de Mandry. — En France nous pouvons citer les observations de Gilbert, Ricard, Ramond, Le Dentu, etc. Enfin M. Mauclaire, dans son cours à la Faculté sur les tumeurs, a envisagé cette question des tumeurs symétriques. Il nous a donné le résumé de sa leçon.

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie du cancer *simultané* des deux seins est l'histoire de l'étiologie du cancer en général. L'affection a été observée surtout chez la femme et exceptionnellement chez l'homme.

L'*hérédité* joue quelquefois, ici comme dans tous les autres cancers, un rôle prépondérant. Les *causes occasionnelles*, comme les coups sur la mamelle, ne sont peut-être pas sans une certaine influence, mais elles sont invoquées beaucoup plus rarement que dans les cas du cancer unilatéral.

Parmi les *causes prédisposantes l'âge* jouit encore ici d'une grande influence.

Sur 18 cas du cancer simultané des deux seins que nous avons pu réunir, nous trouvons seulement une malade (*observ. XV*) avant trente ans ; toutes les autres ont été observées, à un âge moyen ou à un âge avancé de la vie.

Le degré de fréquence de simultaneïté du cancer est des plus minimes. Sur 1664 cas *Gross* ne rapporte que trois faits, soit moins de 0,2 pour 100, mais ce chiffre est peut-être trop faible et *Pierre Delbet* dans le Traité de Chirurgie clinique et opératoire estime à 1,5 pour 100, les cas de simultanéité. *Ricard* dans sa thèse inaugurale ayant compulsé un nombre considérable d'observations n'a pu réunir que six cas de cancer double du sein que nous relatons plus loin.

PATHOGÉNIE

Il est difficile de démontrer l'indépendance de deux tumeurs apparues, selon le dire des malades, simultanément aux deux seins, d'autant plus que les malades se décident à consulter le chirurgien quand les tumeurs datent déjà de quelque temps. Souvent même, c'est par pur hasard que les malades découvrent l'existence des tumeurs dans leurs seins. On a voulu utiliser cette loi de la pathologie cancéreuse, d'après laquelle une tumeur secondaire présente toujours la même structure que la tumeur primitive qui lui a donné naissance. Selon *M. Bard* la preuve de l'indépendance de deux tumeurs paraîtra plus évidente si l'espèce cellulaire de chaque néoplasme est manifestement une espèce qui se rencontre normalement dans son lieu d'apparition ; la démonstration sera encore plus nette, si l'on constate l'existence de noyaux de généralisation distinctes, et propre à chaque tumeur. Se plaçant à ce point de vue on pourra affirmer l'individualité de deux néoplasmes, ayant chacun une structure radicalement différente. Mais quand il s'agit de cancer se développant dans les organes symétriques comme les seins, il devient impossible de se servir de ce moyen d'investigation. Il faut admettre la possibilité de l'apparition simultanée de deux tumeurs ayant une structure identique.

Dans son cours à la Faculté de Médecine pendant l'hiver

1903-1904 sur les tumeurs *M. le Professeur agrégé Mauclaire* a envisagé dans une leçon spéciale la pathogénie *des tumeurs symétriques*. Nous la résumerons ainsi :

A. Il y a des *tumeurs symétriques congénitales* cutanées ou viscérales ; ce sont les naevi, angiomes, fibromes, kystes dermoïdes cutanés ou viscéraux (ovaires) etc. Une malformation de tout un segment de l'embryon peut expliquer la bilatéralité et la symétrie. De plus, pour les naevi en bandes et segmentaires, M. le Pr *Brissaud* a présenté sa théorie de la métamérie spinale.

B. Bien plus nombreux encore sont les cas de *tumeurs symétriques acquises*, celles-ci sont cutanées ou viscérales.

Les tumeurs cutanées symétriques et acquises sont assez fréquentes. 1° *Les unes sont bénignes*, ce sont les lipomes, les fibromes. Ici encore M. le Pr Brissaud a invoqué la métamérie spinale. Ces lipomes symétriques cutanés ou sous-cutanés s'observent non seulement au cou, mais sur tout le tronc, l'abdomen et les membres.

Dans la thèse de Queinnec sur les lipomes multiples symétriques de la peau et circonscrits, M. Mauclaire a rapporté une observation intéressante.

Le sujet présentait un très grand nombre de lipomes dont quelques-uns étaient symétriques et en rapport avec le trajet de quelques nerfs sous-cutanés, les intercostaux. Pour les lipomes symétriques multiples et en étages horizontaux, M. Brissaud invoque la théorie métamérique. Pour son cas, M. Mauclaire invoquait aussi la possibilité de l'origine soit nerveuse, soit radiculaire, soit métamérique spinale.

Dans une autre observation de lipomes multiples, cutanés et circonscrits la symétrie était frappante. M. Mauclaire invo-

quait encore la possibilité de l'origine nerveuse, périphérique, radiculaire ou métamérique spinale, ayant observé en 1897 un cas de fibromes multiples de la peau chez un malade atteint de mal perforant. Dailleurs rappelons la neurofibro-matose sous cutanée et symétrique, qui est sous la dépendance des nerfs cutanés.

Queinnec pour ses deux cas de lipomatose symétrique invoque la théorie métamérique. Deny et Le Play quelque temps auparavant avaient décrit des adiposes sous-cutanées symétriques et segmentaires de la totalité des membres inférieurs.

En somme, on peut supposer que ces tumeurs cutanées, bénignes, symétriques, sont dues à des lésions d'un segment de la moëlle épinière représentant une zone métamérique « les altérations étant limitées à des tranches ou segments cylindriques, de la tête, du tronc et des membres » (Brissaud).

2° *Les tumeurs cutanées symétriques, acquises et malignes* sont assez rares. Ce sont surtout les *sarcomes,* mais ces tumeurs symétriques ne se développent que consécutivement et non pas d'emblée; la symétrie n'est pas simultanée.

L'épithélioma cutané symétrique et simultané est rare. Volkmann, Mandry ont signalé des cas d'épithéliomas symétriques développés au niveau d'ulcères variqueux. Or la mamelle n'est aussi qu'une glande cutanée , elle présente des tumeurs bilatérales simultanées, les unes bénignes (adénomes, fibromes, kystes, etc.), les autres : malignes, sarcomes, épithéliomes

Pour expliquer cette bilatéralité simultanée des tumeurs mammaires, faut-il invoquer une simple coïncidence ou bien une altération nerveuse médullaire s'irradiant aux deux seins,

c'est-à-dire une origine ici aussi segmentaire ou métamérique ?

C. La même hypothèse pathogénique pourrait être étendue aux *tumeurs viscéraless symétriques,* , les unes bénignes, les autres malignes (tumeurs rénales, ovariennes, testiculaires, etc.). « Tout cela n'est qu'hypothèse », concluait M. Mauclaire, « mais il était intéressant d'essayer d'appliquer les théories « nerveuses récentes à la pathogénie des tumeurs symétriques « bénignes ou malignes, simultanées ou consécutives, en sup- « posant encore que le système nerveux joue un rôle dans la « pathogénie des tumeurs », ce qui ne préjuge pas de la théorie parasitaire, ni de la théorie embryologique de Conheine.

On pourrait envisager encore la production de la deuxième tumeur indépendante de celle de la première comme *une manifestation d'une diathèse néoplasique générale, la bilatéralité ne serait qu'une coïncidence.*

Il existe aussi une autre hypothèse, pour expliquer la bilatéralité de la lésion. Les deux tumeurs se développeraient en même temps, mais l'une reste peu apparente au début.

D'après cette hypothèse on admet que *l'une de deux tumeurs a passé inaperçue* pendant toute la première période de son existence. Le néoplasme en se généralisant envahit silencieusement le second sein et c'est alors que la malade découvre en même temps l'existence de deux tumeurs dans les seins.

Si cette hypothèse exclut la possibilité de l'apparition simultané du cancer dans les deux seins, elle donne néanmoins une idée bien nette sur le phénomène de la généralisation du cancer. Cette généralisation dans l'autre sein se fait-elle par la voie veineuse ou par la voie lymphatique ?

Hanot et Gilbert dans leur *Traité des maladies du foie*, 1888 ont bien défini l'agent au moyen duquel se fait la généralisa- du cancer.

C'est la cellule elle-même. Elle est transportée au loin par les lymphatiques ou les vaisseaux et se multiplie, se développe et produit une nouvelle tumeur, tumeur secondaire là où elle trouve des conditions biologiques favorables. Celle-ci pourra à son tour donner naissance par le même mécanisme à une tumeur tertiaire et ainsi de suite.

Quand *l'infection se fait par les vaisseaux*, elle se fait le plus souvent par les veines, car les artères, grâce à leur structure résistent plus longtemps à la néoplasie. Les bourgeons, ayant détruit la paroi veineuse, s'engagent dans la lumière du vaisseau et sont sans cesse battus par le courant sanguin; les fragments qui se détachent sont entraînés et s'arrêtent le plus souvent dans le système capillaire des viscères et s'ils rencontrent des conditions biologiques favorables, ils se greffent et forment un néoplasme nouveau.

Lorsque *l'infection se fait par la voie lymphatique*, ce sont les ganglions correspondant à la région envahie par la tumeur qui sont pris les premiers. Les cellules épithéliomateuses parties de la tumeur primitive sont apportées aux ganglions, se multiplient sur place et reproduisent le même type histologique que la tumeur dont elles proviennent. Ces cellules épithéliomateuses arrivent aux ganglions par trois voies différentes :

1° *Le ganglion peut être envahi de proche en proche, et pour ainsi dire rongé par la tumeur qui détruit sa capsule. L'envahissement est précédé par la production de périadénite simple ou carcinomateuse..*

2° *Le ganglion peut être envahi par les vaisseaux lymphatiques qui ont subi d'abord la greffe des cellules cancéreuses, la lymphangite carcinomateuse précédant le cancer du ganglion ; ce mode d'envahissement est plus fréquent que le premier.*

3° *Enfin le ganglion peut être envahi par les cellules épithéliomateuses isolées, apportées par les vaisseaux lymphatiques, eux mêmes indemnes ; il se produit une embolie à distance.*

Ce processus est le plus fréquent des trois. (Soupault et Labbé). — Les auteurs cités ci-dessus ajoutent que toutes les adénopathies développées au voisinage d'un cancer ne sont pas forcément cancéreuses. Les ganglions subissent une hypertrophie précancéreuse, hypertrophie fonctionnelle provoquée par l'apport de toxines néoplasiques et amenant une hyperleucocytose de défense.

Ils seraient au début une sorte de barrière contre l'infection néoplasique, mais puis après avoir subi la dégénérescence cancéreuse ils deviennent à leur tour des foyers de production et de dissémination des cellules néoplasiques. Celles ci finissent par arriver dans le canal thoracique d'où elles sont versées dans le sang.

A partir de ce moment tout se passe comme dans le premier cas.

On peut invoquer la voie lymphatique pour expliquer la récidive dans l'autre sein dans le cas du néoplasme unilatéral, Rieffel l'a expliqué facilement ayant mis en évidence les lymphatiques réunissant une mamelle à l'autre. — Ce mode d'infection ne peut être invoqué que pour les cancers symétriques non simultanés — Pour des cancers mammaires simultanés, le rôle du système lymphatique serait difficile à préciser.

SYMPTOMATOLOGIE

Il faut envisager deux formes du cancer simultané de seins la *forme aiguë, rapide et la forme lente, chronique.*

Forme aigue. — Des cas pareils sont très rares. — La carcinomatose puerpérale de Volkmann en est un exemple.

Nous avons pu réunir seulement cinq observations. On voit survenir soit brusquement soit en quelques jours, sans cause connue, et sans douleur une tumefaction des deux seins. Les mamelles augmentent rapidement de volume et présentent des caractères presque inflammatoires. Au palper on ne perçoit pas de tumeur distincte et les seins offrent une consistance ferme, rénitente, dure, égale partout et sans fluctuation. Quelques temps après, la peau commence à rougir, se sillonne d'un abondant réseau de veines et n'est que par endroits confondue avec la tumeur.

Les mamelles sont mobiles sur le grand pectoral (cas de Volkmann), les mamelons ne sont pas rétractés, et ne présentent aucun écoulement.

La tension des seins est cause d'une douleur et d'une gêne respiratoire. Les ganglions sont parfois engorgés. La marche de la maladie est rapide et la mort peut survenir au bout de quelques semaines par cachexie ou généralisation.

Forme lente ou chronique. — L'âge ne joue aucun rôle dans l'apparition du cancer simultané à forme lente. Parmi

les cas de cette forme que nous avons réunis, on trouve des malades de l'âge très différent de 26 ans à 69 ans. C'est par hasard que les malades découvrent les tumeurs qu'elles portent dans les seins. Parfois elles font simultanément la double découverte, plus souvent c'est au bout d'un certain temps que leur attention est portée sur l'autre sein, après avoir découvert une tumeur dans l'un des deux seins. Généralement les tumeurs augmentent de volume avec une inégale rapidité. *A la palpation* on constate que les tumeurs adhèrent au tissu mammaire et aux téguments. Les mamelons se rétractent.

L'envahissement des ganglions axillaires suit l'envahissement de la peau. Puis survient l'adhérence profonde signe de l'envahissement du grand pectoral. Peu à peu la peau commence à rougir et il se produit une ulcération causant des hémorrhagies plus ou moins abondantes. D'ordinaire les néoplasmes ne se développent pas avec la même rapidité dans les deux seins et leurs dimensions sont variables et inégales.

L'état généra de ces malades peut longtemps rester bon, mais c'est plutôt un fait exceptionnel. Les deux bras commencent à présenter les symptômes de la phlegmatia alba dolens ou bien des phénomènes douloureux de compression, déterminés par la tuméfaction des ganglions axillaires ; les ulcérations des seins sont douloureuses, le teint prend la couleur caractéristique jaune paille, l'amaigrissement devient extrême et les malades meurent cachectiques avec des signes de généralisation dans les viscères abdominaux ou dans la colonne vertébrale.

La durée du cancer simultané est très variable .

Dans *la forme rapide* ou *aiguë*, la mort survient au bout de 1 à 5 mois. Dans les 5 cas de la forme aiguë (Obs. II, VII,

VIII, IX et XII) que nous avons pu réunir, on ne peut pas invoquer l'âge jeune comme prédisposant à la rapidité de la marche de la maladie et dans trois cas seulement (VII, VIII et IX) on pourrait peut-être incriminer l'influence directe de la grossesse et puerpualité sur le développement du cancer simultané aigu des deux seins. Dans ces trois cas, la mort survint au bout de 5 à 6 semaines et 4 mois et dans les deux autres cas du cancer aigu (observation II et XII) au bout de 4 et 5 mois.

L'épithelioma et l'encéphaloïde ont une évolution rapide; le squirrhe a une évolution très lente.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic précoce du cancer simultané de deux seins n'est pas toujours facile et ne permet pas par cela même un traitement précoce qui seule peut donner des résultats satisfaisants et profitables aux malades.

Nous allons envisager les causes d'erreur de diagnostic séparément pour le cancer à marche rapide et pour le cancer à forme lente.

1° Cancer a marche rapide. — Parmi les affections qui peuvent à un certain point égarer le diagnostic il faut citer l'*engorgement œdémateux des seins* que M. le Pr Le Dentu a proposé d'appeler sclérème phlegmasique temporaire. Cet œdème lymphatique des mamelles est une sorte d'œdème dur qui peut frapper en même temps les deux côtés de la poitrine, qui procède comme une congestion inflammatoire et disparaît au bout d'un certain temps.

La confusion avec une *mastite puerpérale aiguë*, avec un *phlegmon sous mammaire* est encore possible. Dans le cancer simultané aigu (mastite carcinomateuse) la tuméfaction des seins est totale, ce qui est bien exceptionnel dans les inflammations. La peau présente une couleur rosée et n'a pas cette rougeur qui est la caractéristique d'une inflammation aiguë. Ce qui frappe surtout c'est le contraste qui existe entre l'augmentation de volume d'une part et d'autre part

l'absence de réaction générale et enfin l'indolence. Cette augmentation de volume de tout organe existe bien dans le phlegmon diffus, mais le cancer aigu à marche rapide n'a pas l'accuité du phlegmon, comme il ne s'acompagne pas non plus ni d'élévation de température ni de la douleur. Le cancer est à peu près complètement indolent.

Le phlegmon sous-mammaire donne lieu à un soulèvement, une projection totale de la glande en avant, sans lésions de celles-ci.

Dans la *mastite puerpérale* existe ordinairement dès le début la douleur provoquée, qui n'apparaît dans les néoplasmes qu'à une époque avancée de leur évolution quand le diagnostic n'est plus douteux.

L'engorgement ganglionnaire peut être très précoce dans la mastite carcinomateuse comme elle l'est dans la mastite puerpérale, mais la cachexie profonde, rapide et précoce est plutôt l'œuvre du cancer aigu.

2° Cancer a forme lente. — Encore ici c'est la *mastite* qui est l'objet de grosses erreurs de diagnostic. « Elle occupe tantôt la mamelle entière, tantôt un segment plus ou moins considérable. La dureté des parties atteintes est très grande et uniforme ; la surface en est comme granuleuse. Les limites en sont assez précises, mais toute la glande suit les déplacements qu'on imprime à la portion indurée, parce que celle-ci n'offre aucune mobilité sur le reste. Comprimée d'avant en arrière, elle donne à la main la sensation d'une plaque convexe en avant plutôt que d'un corps à peu près globuleux, comme un cancer non infiltré ». (Le Dentu). Enfin une compression méthodique prolongée pendant quelques semaines fera disparaître une mastite simple.

La *maladie kystique de Astley Cooper et Reclus* peut être prise pour un cancer simultané et une erreur pareille serait très préjudiciable aux malades. La maladie kystique n'est qu'une forme de l'inflammation chronique du sein qui peut aboutir soit à des transformations fibreuses (maladie noueuse de Phocas) soit à des néoformations kystiques (maladie de Astley Cooper et Reclus). Les deux mamelles sont augmentées de volume et comme dit Reclus « elles semblent criblées de grains de plomb, on dirait que les culs de sac ont été injectés à la cire ».

Le premier signe qui est manifeste c'est la présence dans chaque sein d'une nodosité plus grosse que les autres, émergeant d'une foule de nodosités secondaires, éparses dans toute la glande. La peau est souple et mobile et il n'existe pas d'adhérence avec les parties profondes.

Ordinairement il n'y a pas d'adénite axillaire.

Lorsque les moyens cliniques purs ne suffisent pas pour faire reconnaître la maladie kystique, on peut recourir à l'incision exploratrice, qui permettra d'examiner directement la tumeur en place, d'en établir la nature et de faire soit l'ablation de cette tumeur seule, soit l'amputation de la mamelle s'il en est besoin.

Le *sarcome* présente beaucoup des signes communs avec le carcinome. Il se présente à une période avancée de son évolution, sous la forme d'une tumeur volumineuse, à surface inégale, avec adhérence à la peau, sillonnée des nombreuses veinosités ou des multiples ulcérations. Le sarcome peut rester stationnaire plusieurs années, tandis que le carcinome a une marche plus rapide. Les mamelons sont étalés, et les ulcérations, si elles existent, ont des bords amincis, comme

décollés, et présentent au centre des bourgeons exubérants. Dans le *carcinome*, les mamelons sont rétractés et les ulcérations ont des bords indurés et leur centre déprimé. Dans les sarcomes bilatérales, il n'y a pas ordinairement d'engorgement ganglionnaire.

Passons maintenant en revue les diverses formes du cancer simultané des deux seins, et tâchons de mettre en évidence les signes différentiels, caractéristiques de chacune d'elles : *l'épithélioma*, *le squirrhe atrophique*, *le squirrhe en masse, l'éncéphaloïde*.

L'épithelioma a des caractères variables d'un sujet à l'autre. Au début, c'est une tumeur lobulée, augmentant lentement et progressivement de volume. Pas de douleur, parfois quelques picotements, qui attirent l'attention des malades. Puis, la tumeur atteint tantôt un volume considérable, tantôt la grosseur d'une orange ou d'un œuf, avec ou sans adhérences. La consistance est variable, elle est dure, ligneuse, rénitente, élastique, parfois fluctuante, s'il y a des kystes. On peut facilement confondre l'épithélioma avec la tuberculose ; mais dans la tuberculose les foyers sont multiples et contigus, ou bien il existe une véritable infiltration en masse de la glande. Les ganglions sont plus volumineux, et ont de la tendance a se ramollir assez rapidement, comme les autres foyers. De plus, les malades portent souvent des stigmates de tuberculose, lésions osseuses ou pulmonaires, cicatrices d'adénopathies anciennes. Enfin, elles sont en moyenne plus jeunes que celles que le cancer atteint.

Le squirrhe atrophique ne trouble pas au début l'état général. C'est une forme la plus atténuée des tumeurs malignes. Les seins diminuent lentement de volume, la peau devient

adhérente aux parties sous-jacentes, les mamelons se rétractent et les ganglions s'engorgent. Ce n'est que fort tard que l'infection se généralise. Le squirrhe présente certaines analogies avec le fibrome diffus, qui atteint souvent les deux seins.

Mais le fibrome diffus se développe toujours chez les femmes jeunes et s'accompagne d'une tension des tissus, d'une tuméfaction et des phénomènes fébriles sans altération ganglionnaire.

Le *squirrhe en masse* présente des caractères communs avec la mastite chronique à la deuxième période. Dans les deux cas, il existe une tumeur dure, ligneuse, adhérente aux téguments, le mamelon est rétracté, les ganglions axillaires engorgés. On note aussi de la douleur et des élancements. Toutefois la mastite atteint plus souvent les femmes de 18 à 35 ans pendant ou après la lactation.

Dans le squirrhe, la tumeur adhère au grand pectoral, sa forme est rameuse. De plus il existe des troubles de l'état général.

Dans la mastite chronique, la tumeur est arrrondie, sans adhérences avec les parties profondes.

Il nous reste à dire quelques mots de *l'éncéphaloïde*, qui est caractérisé par la rapidité effrayante de sa marche. Tout autour de lui se développent de nombreux vaisseaux qui donnent à la tumeur une consistance molle et une forme particulière. L'affection s'accompagne d'engorgement ganglionnaire assez précoce.

PRONOSTIC.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur la gravité du pronostic du cancer simultané de deux seins. Les observations que nous publions plus loin montrent que le pronostic est d'une très grande gravité. Il est évident que cette gravité est encore plus grande dans la forme rapide du cancer bilatéral simultané, où la mort peut emporter la malade au bout des quelques semaines.

La présence sur les mamelles hypertrophiées en masse des réseaux bleuâtres, d'une teinte cuivrée de la peau, des traînées d'œdème dur, reliant le néoplasme mammaire aux ganglions axillaires, est un signe de haute malignité. M. Duplay a insisté beaucoup sur cet œdème dur qu'il a dénommé « lymphangite cancéreuse du sein ». Il témoigne « de l'envahissement précoce de tout le système lymphatique de la « région, aussi bien du réseau superficiel, que du réseau « profond, qui doit faire craindre, outre la généralisation du « cancer, la propagation du néoplasme à la peau de la paroi « thoracique aussi bien que l'extension du côté de la plèvre « et du médiastin par la voie des lymphatiques qui communiquent à travers les espaces intercostaux avec le réseau « sous pleural et avec les ganglions du médiastin. Dans ces « conditions, vous devez bien penser que la récidive après « l'ablation de la tumeur est à peu près certaine et doit le « plus souvent se produire d'une façon très rapide. »

Le squirrhe bilatéral a une évolution très lente il est d'un pronostic moins grave.

La gravité du pronostic ne comporte pas toujours une contre-indicafion formelle à l'intervention chirurgicale. Nous verrons dans le chapitre suivant quels moyens ont été proposés pour enrayer la marche du mal et quels résultats ils ont amenés.

TRAITEMENT.

Nous pensons que dans les cas de cancers bilatéraux simultanés il faut des deux côtés enlever largement les glandes et leurs territoires lymphatiques. La simultanéité n'est pas une contreindication à l'intervention.

Ludwig Oelsner dans son article sur les ganglions et infections lymphatiques dans le cancer du sein émet les conclusions suivantes relativement à l'indication de l'intervention chirurgicale dans le cancer du sein. « Le pronostic dans le cancer « du sein même avant adhérence du néoplasme avec les « tissus environnants (muscle grand pectoral, tissu adipeux « périglandulaire) est grave à cause de multiples courants « lymphatiques, qui deviennent des voies métastatiques ; « toutefois ces données ne peuvent pas limiter les indi- « cations de l'intervention chirurgicale. Au contraire les « guérisons radicales obtenues même dans les cas très « avancés, démontrent que dans le cancer, comme dans les « maladies infectieuses, à coté des différents degrés de viru- « lence qui ne peuvent pas souvent être mis en évidence, « d'après anamnèse à cause de la rapide croissance du néo- « plasme, et à côté de la résistance plus ou moins grande « de l'organisme, il faut faire jouer un rôle important à la « quantité du poison organique. En d'autres termes, quoique « même au commencement du développement du néoplasme « les germes ont été charriés par les multiples courants

« lymphatiques, l'organisme est capable de paralyser l'action « d'une certaine quantité du poison. Même après une opéra- « tion la plus radicale et très précoce il reste toujours une « certaine quantité des débris pathologiques qui tout de même « peuvent être détruits par les cellules ayant subi l'infection. « Par conséquent je pense qu'on peut encore plus élargir les « indications d'intervention. »

« Il résulte de ce qui a été dit plus haut que la méthode « la plus radicale consiste dans l'ablation de toute la partie « sternale du grand et du petit pectoral, même dans les cas « où il n'y a pas d'adhérence avec les couches sousjacentes, « pour pouvoir extirper en même temps et sûrement tous « les lymphatiques axillaires, souspectoraux et sous clavicu- « laires, et même dans les cas très avancés faire une résec- « tion temporaire de la clavicule pour pouvoir enlever les « néoformations métastatiques sans doute atypiques et non « perceptibles au toucher qui peuvent exister dans les glan- « glions susclaviculaires. »

Nous avons fait à dessein cette longue citation, parcequ'elle résume très bien les idées qui dominent dans la question très importante relative à l'indication de l'intervention chirurgicale et au mode opératoire. Tous les chirurgiens sont d'accord, qu'il faut opérer les cancers du sein le plus tôt possible et M. le professeur *Le Dentu* a insisté très particulièrement sur ce point dans son travail sur *Le Cancer du sein* (1902).

Il rappelle « combien d'incrédulité et de résistance on rencontre encore aujourd'hui, même chez des médecins distingués, relativement à la curabilité opératoire du cancer ». La plus grande cause d'insuccès opératoire réside dans ce

que les malades, perdent le temps précieux en hésitations et craintes chimériques et ne se décident pas à subir l'opération que quand la maladie a déjà fait un grand progrès.

Donc il faut opérer les cancers du sein et opérer le plus précocement possible.

La *méthode opératoire de Willy Meyer-Halsted*, dont les principes sont exposés dans les conclusions d'Oeslner, que nous avons citées plus haut, a été adopté presque unanimement, mais les opinions des chirurgiens divergent quant à l'application de ce procédé opératoire dans les cas simples, tout au début de la maladie.

Les uns, comme Oelsner, sont pour l'intervention la plus large et la plus étendue. Ils considèrent le procédé de Halsted comme pouvant donner l'espoir d'une cure radicale. Même sur une malade atteinte d'un petit cancer du sein au début, ils croient nécessaire d'enlever toute la peau de la région mammaire, toute la glande avec ses lobules erratiques, les deux muscles pectoraux tout entiers, tous les glanglions axillaires et sus-claviculaires avec tout le tissu adipo-conjonctif qui les enveloppe.

Oelsner pense que les ganglions sus-claviculaires peuvent être infectés même au début du cancer.

M. le professeur *Le Dentu* estime au contraire « que pour « une tumeur au début ou peu avancée dans son développe- « ment, du volume effectif d'une cerise, d'un œuf de pigeon, « l'ablation du vaisseau sternal du gros pectoral et la dissec- « tion minutieuse de l'aisselle peuvent suffire. »

« Pour ce qui est des ganglions sus-claviculaires, s'il est « vrai que leur dégénérescence soit toujours possible par « continuité, la clinique et les opérations ne montrent-elles

« pas le peu de tendance que l'infection manifeste à les gagner
« par voie ascendante chez les malades atteintes depuis peu
« de temps, et même chez certaines autres. »

Tout ce qui a été dit plus haut s'applique entièrement pour les cas de cancer simultané des deux seins. Nous pensons qu'on pourrait encore tenter l'intervention dans le cancer simultané à forme rapide d'autant plus qu'en matière de cancer, il peut toujours y avoir d'heureuses surprises.

Nous n'avons pas la prétention d'étudier en détail les méthodes opératoires, mais nous croyons devoir attirer l'attention sur un point de technique intéressant, la question des greffes opératoires. Les anciennes recherches de *Langenbeek*, *Lebert*, *Follin*, *Billroth*, *Maas*, *Alberts*, *Saenger*, l'expérience de *Hahn* et la communication de *Cornil* en 1892 ont démontré la possibilité de la greffe cancéreuse et par suite de la greffe cancéreuse opératoire. Cette idée n'a pas tardé à avoir des conséquences pratiques et *Donitz* a pris la précaution de ne pas se resservir dans les tissus sains des instruments ayant pénétré dans la tumeur. Depuis qu'il prend ces précautions, il n'a plus de récidives dans les cicatrices.

A ce point de vue, voici comment opère M. *Mauclaire* dans les cas de cancer unilatéral.

Pendant l'ablation de la glande et des tissus axillaires suivant la méthode de Halsted, il faut faire l'*hémostase définitive immédiate*, c'est-à-dire que chaque artériole est pincée et liée immédiatement au catgut ; la pince qui a servi — une pince hémostatique mousse et non une pince de Kocher qui contusionne — est mise de côté et ne sert plus à l'opération. Il se peut en effet qu'un grand nombre de pinces laissées à demeure et touchées à chaque instant soient une cause de greffe opératoire.

Quand l'ablation du sein est faite, suivant le conseil d'Ehrardt, *de l'eau ayant bouilli et encore très chaude est versée sur la plaie*, les tissus sains étant protégés. A ce moment, l'opérateur et l'aide mettent *des gants stérilisés pour faire les sutures.*

Celles-ci sont faites avec un *nouveau plateau d'instruments* contenant les instruments de sutures. En principe celles-ci seront peu nombreuses, l'idéal même serait de ne pas en faire du tout, étant donné *la très grande fréquence de la récidive au niveau de chaque point de suture.* Il faut donc éviter de faire des sutures qui tiraillent, coupent la peau et provoquent la récidive en ce point.

Cependant le sommet du lambeau triangulaire axillaire de Halsted est fixé sans tiraillements dans l'angle sternal supérieur de la plaie. Un lambeau cutané quadrilatère est pris sous le sein du côté opposé ; sa base de pivotation est dans l'angle inféro-externe axillaire de la plaie à recouvrir. *Ce lambeau autoplastique sous-mammaire* vient s'appliquer sur la plaie mammaire et il est fixé aux bords cutanés voisins par de rares sutures sans tiraillement, ce qui est le but cherché. Finalement on fait la suture de la plaie sous mammaire, ayant fourni le lambeau autoplastique avec une nouvelle aiguille et une autre pince.

Le plus beau résultat obtenu avec cette technique opératoire, c'est une absence de récidive constatée au bout de trois ans, mais c'est le seul observé sur les quelques malades qui ont pu être revues. D'autre part, cette technique a été suivie aussi dans l'extirpation de néoplasmes mammaires ayant récidivé après une ablation manifestement insuffisante. Or, dans un cas de ce genre, dix-huit mois après, il n'y avait pas encore de nouvelle récidive.

En résumé, pour le cancer bilatéral simultané, il faudra faire des deux côtés, en une seule séance opératoire, l'exérèse par la méthode de Willy Meyer-Halsted. Les plaies seront comblées par des lambeaux autoplastiques pris dans le voisinage ou encore des greffes de Thiersh complémentaires.

Cette opération sera faite pour toutes les variétés de cancers bilatéraux simultanés, sauf les squirrhes qui ont une évolution très lente. La plupart des chirurgiens s'abstiennent de toucher à cette variété de tumeur.

Castration ovarienne pour les cancers mammaires inopérables. — (Opération de Beatson).

Nous croyons devoir parler d'un nouveau traitement des cancers de la mamelle d'autant plus qu'il a été proposé surtout dans les cas du cancer inopérable unilatéral ou bilatéral. Il s'agit de la castration ovarienne.

Voyons ce qu'il faut penser de ce traitement.

La première opération ayant pour but de guérir le cancer bilatérale inopérable par l'ovariectomie, a été fait par G. T. Beatson (de Glasgow) en 1896. La *patiente était atteinte d'une vaste tumeur du sein inopérable et huit mois après l'intervention toute trace de l'affection était disparue*. La malade mourut environ quatre ans plus tard d'une récidive. Les considérations suivantes ont amené Beatson à considérer la castration ovarienne comme pouvant guérir le cancer.

Pendant la lactation il se forme une multiplication rapide de l'épithélium mammaire ; les cellules aussitôt formées, subissent la dégénérescence graisseuse, se rompent, tombent dans la lumière des acini glandulaires et se répandent dans le lait. D'après Beatson certains fermiers châtrent les vaches laitières pour les maintenir d'une façon permanente ou longtemps prolongée dans cet état physiologique qui engendre la sécrétion du lait. Dans le cancer également l'épithélium mammaire se multiplie rapidement ; mais au lieu de subir la dégénérescence graisseuse et d'être éliminé, il distend les acini, pénètre dans les conduits lympathiques du sein, et là, baignant dans un liquide nutritif, il continue à se multiplier et à se créer un chemin jusqu'aux glandes lymphatiques.

Beatson pensa, que si l'ovariotomie pratiquée sur la vache maintient la dégénérescence graisseuse de l'épithélium de la mamelle en lactation, cette opération pourrait provoquer la dégénérescence graisseuse de l'épithélium du sein cancéreux. En outre il considéra la menstruation comme le résultat de l'activité ovarienne et fut porté à croire que la cessation de la lactation était due au rétablissement de l'influence des ovaires, influence qui avait été suspendue pendant la grossesse ; ainsi l'ablation des ovaires devait provoquer la continuation indéfinie de la lactation.

Beatson pensait encore que le cancer du sein pourrait bien être dû à un vice quelconque de la physiologie ovarienne.

Depuis la première opération de Beatson le nouveau traitement a été appliqué par plusieurs chirurgiens anglais qui en plus ont administré aux malades après l'opération de l'extrait de corps thyroïde.

Hermann rapporte deux cas personnels, (nous publions

plus bas ces deux observations), dans lesquels il a procédé de cette façon : et dans les deux cas il a obtenu une guérison manifeste.

Hermann considère le bon résultat atteint dans ces deux cas comme du à l'ovariectomie combinée avec l'administration d'extrait du corps thyroïde.

Boyd dans son mémoire dans le *The British med Journ.* 1900 a réuni *une statistique étendue d'ovariectomie pour cancer.* Sur un total de 54 cas, 19 ont retiré un bénéfice plus ou moins remarquable (35 °/o) et les 35 autres sont indiqués, comme n'ayant subi aucune amélioration ou une amélioration à peine marquée et passagère. Boyd pense que l'ovariectomie devrait être proposée dans tous les cas aigus de cancer inopérable du sein chez les femmes de plus de 40 ans, ne portant aucune lésion viscérale ou osseuse et n'ayant point atteint la ménopause.

Le cancer des autres parties du corps, même de l'utérus, n'est nullement influencé par l'ovariectomie.

D'autre part *H. T. Butlin* critiqua les résultats obtenus par la castration ovarienne dans *une vingtaine* de cas de cancer du sein. Ces opérations ont été faites soit au moment d'une première ablation de la tumeur, soit après une récidive opérée, soit au cours d'une récidive inopérable chez les femmes encore réglées. *Butlin* fait remarquer que plusieurs récidives ont eu lieu, que dans les cas où elle ne s'est pas produite il s'agissait de néoplasme peu étendu et ayant respecté les lymphatiques voisins, et que l'absence de récidive ne date que de peu d'années ; qu'enfin les cas de récidives inopérables, où l'on aurait vu après ovariotomie les noyaux néoplasiques diminuer, sont peu nombreux, les malades suivies pendant un temps trop court, et les résultats trop peu détail-

lés, pour permettre d'introduire dans la pratique cette méthode de traitement du cancer du sein.

En France nous avons pu réunir seulement trois cas d'opérations de Beatson, dont un encore inédit et appartenant à M. le professeur agrégé *Mauclaire*, qui a bien voulu le mettre à notre disposition.

Nous publions plus bas ces trois observations.

L'observation la première en date est de M. *Mauclaire* qui a fait à l'hôpital Necker le *21 août 1902* l'opération de Beatson suivie de l'extirpation incomplète de la tumeur mammaire sur une malade âgée de 51 ans et atteinte d'épithelioma très étendu du sein droit. Mort le 12e jour après l'opération de complications pulmonaires. En somme il ne s'agit là que d'un essai thérapeutique ne permettant de rien conclure, la malade ayant succombé peu de temps après l'opération.

Les deux autres opérations ont été faites : par M. Reynès (de Marseille) le 20 mai 1903 chez une femme de 32 ans, et par M. Guinard, en octobre 1903, chez une malade de 45 ans.

La malade de M. Reynès, qui était atteinte d'un cancer inopérable des mamelles, se portait très bien cinq mois après l'opération et la guérison semble obtenue.

Un résultat analogue est obtenu dans le cas de M. Guinard au bout trois mois après l'opération. Malgré ces deux succès nous croyons qu'il est difficile de juger exactement aujourd'hui la valeur de l'opération de Beatson. Les faits ne sont pas assez nombreux et comme l'a dit M. Lejars à la Société de Chirurgie il faut qu'ils soient bien contrôlés. Nous nous contenterons donc de rapporter plus loin les observations ; l'avenir jugera.

Dix-huit Observations de cancers mammaires bilatéraux et simultanés.

Six observations réunies par Ricard (De la pluralité des néoplasmes, etc., Thèse de Paris, 1885).

« 1° *M. Luys* présente, en 1855, à la Société Anatomique, p. 96, « les deux seins d'une femme morte à l'âge de 69 ans, à la Salpé- « trière. Ces deux organes étaient envahis l'un et l'autre par du « cancer (encéphaloïde).

« 2° *Sir Henry Treutham Butlin*, dans son article « Tumeur de « l'Encyclopédie de Chirurgie », rapporte un cas de carcinome « primitivement double des deux mamelles et il s'exprime « ainsi :

« Dans les cas les plus défavorables que j'ai vus, la mort survient « quatre mois après le début apparent de l'affection mammaire ; « les deux mamelles étaient prises et complètement transfor- « mées en masse, d'une extrême dureté. Mais, ni l'une ni l'autre, « n'avait acquis un volume plus considérable qu'avant le début « de la maladie, bien que toutes deux fussent adhérentes à la » peau, les ganglions des deux aisselles étaient engorgés et durs.

« 3° *Jeanne Ody*, 61 ans, marchande de vins ; cancer de deux « seins. Père inconnu. Mère morte de cancer de l'utérus. Pas de « trace de scrofule.

« *Autopsie.* — Pleurésie cancéreuse non hémorrhagique. Pou- « mons sains. (*Thèse du Dr Gosselin.* Paris, 1882, p. 35. Études sur « les rapports de la tuberculose et du cancer.)

« 4° — Nous pouvons en signaler un autre cas de squirrhe pré- « senté par Coulon à la *Société anatomique, en 1859*, p. 176.

« 5° Dans la clinique du *Dr Prengrueber* (citee par Ricard), et les « deux mamelles sont envahies.

« 6° — Enfin, nous pouvons ajouter deux observations, dont « l'une de la *Société anatomique* (par Verneuil, 1855, p. 75), etc. ». et l'autre?

Observation VII

Epithelioma simultané de deux seins. Noyaux secondaires dans le foie et les ovaires. (W. Aitken.) *Med. Times and Gaz.* 1857.

Marie D..., 30 ans, cuisinière, vint chez moi, vers le 9 avril 1852. Elle souffrait d'un malaise général. A cette visite, elle ne se plaignit nullement de ses seins; mais, quand je la revis deux jours plus tard, elle me dit qu'ils étaient très douloureux. Je les trouvai légèrement augmentés de volume, sensibles au toucher, l'aréole plus foncée et les papilles plus pigmentées que normalement; le reste des téguments était normal.

Soupçonnant un début de grossesse, je questionnais Marie D..., très discrètement. Cette jeune fille était écossaise et, parlant imparfaitement l'anglais, ne me donna pas de réponses très satisfaisantes. Mais l'impression laissée à mon esprit fut que certainement D... pouvait être et probablement était tout à fait au début d'une grossesse. En conséquence, je prescrivis quelques médicaments anodins et attendis la suite.

Le seul motif qu'elle pouvait alléguer pour expliquer l'augmentation de volume de ses seins, était les alternatives brusques de chaleur et de froid inhérentes à sa profession de cuisinière.

Son état ne s'améliora pas et comme ses seins continuaient à augmenter rapidement, je l'envoyai à l'infirmerie, le 19 avril. Elle se montra malade difficile, et deux fois quitta l'hôpital sans permission, si bien que le traitement employé n'avait pas beau jeu.

Quoiqu'il en soit, aucun des moyens mis en œuvre n'amena la moindre amélioration (frictions locales, sangsues, acupuncture; intérieurement mercure jusqu'à l'apparition de salivation et iodure de potassium, à volonté).

A son admission à l'hôpital, les seins étaient doublés de volume, fermes, résistants au toucher, mais très gênants par leur poids et leurs dimensions. Les téguments étaient non colorés et légèrement hyperesthésiques. Marie D..., quitta l'hôpital le 28 avril, et revint le 7 mai. Les mamelles sont alors sensibles; ils ont beaucoup augmenté de volume, ils sont le siège de douleurs lancinantes et ont pris une couleur violacée. Ces symptô-

mes continuèrent à s'aggraver, les souffrances devinrent très grandes et la couleur des deux seins fut rouge foncée avant la mort.

Les mamelles ne furent jamais pendantes, même au degré le plus minime ; au contraire, bien que mobiles, elles étaient solidement adhérentes au thorax et leur tension causait non seulement de la douleur, mais une difficulté considérable de la respiration.

La forme lobulée de la glande restait nettement perceptible. L'intensité de la vascularisation fut bien démontrée par les jets de sang qui s'écoulèrent de la piqûre d'une aiguille de moyen volume. Dans l'espace de quelques minutes, six ou huit onces de sang s'écoulèrent et, selon toute apparence, j'aurais pu soigner la malade aussi facilement par cette ponction que si j'avais ouvert une veine du bras.

Vers le 10 ou 12 mai, l'état général commença à décliner rapidement, des symptômes typhoïdes apparurent, D... revint partiellement hémiplégique et sa langue se dévia à gauche. Elle mourut le 17 mai.

Je la montrai de son vivant deux fois à mes collègues ; aucun d'eux n'avait observé de cas semblable.

L'intervention chirurgicale fut considérée comme tout à fait inadmissible.

Autopsie (résumée). — Sein droit plus gros que le gauche, mais chacun d'eux conservant la lobulation normale de la substance glandulaire.

Ganglions axillaires très augmentés de volume et infiltrés.

Au microscope, Aitken donne une description dans laquelle, malgré son ancienneté, on reconnaît très bien un épithelioma.

Foie. — Noyaux secondaires.

Utérus. — Plus gros qu'un utérus de multipare, le col surtout était hypertrophié et ne se terminait pas par une lèvre antérieure et une postérieure séparées par un sillon comme dans l'utérus normal. Une pointe semblable à un pain de sucre faisait saillie dans le vagin ; à travers cette pointe une ouverture, à bords irréguliers, conduisait dans la cavité de l'utérus, mais, si contractée, qu'un stylet de deux lignes de diamètre était tout ce qui pouvait passer à travers.

L'aspect entier de cette partie de l'utérus ressemblait parfaitement à ce qui est décrit comme le résultat de l'ulcération et de la cicatrisation du col et de l'orifice de l'utérus.

Obrervation VIII.

Carcinome encéphaloïde simultané de deux seins (Volkmann in thèse de Klotz 1869).

Mme H..., trente-cinq ans, s'est toujours bien portée, mais est de constitution faible. Mariée dépuis 8 ans ; un enfant un an après, qui meurt au bout de quelques jours ; puis ensuite, une autre année, garçon qui vit encore. En 1867, au printemps, elle a une fille qu'elle nourrit.

A la fin de 1867, assez exactement six mois après son accouchement. elle remarque que le sein droit grossit quelque peu et devient dur sur toute sa circonférence.

En même temps la sécrétion lactée s'affaiblit de ce côté ; l'enfant refuse ce sein et est nourri exclusivement avec le sein gauche. Puis apparaissent des douleurs intermittentes, puis de plus en plus rapprochées, lancinantes. La peau n'est pas rouge, mais elle est chaude. Le sein est légèrement sensible à la pression. L'affection est prise pour une mastite chronique et traitée comme telle.

Six semaines après, le deuxième sein se prend de la même façon, mais le lait ne disparaît pas et même malgré la grande dureté qui envahit rapidement cette mamelle, il resta assez abondant ; l'allaitement continua. Cependant la mère s'affaiblissait, maigrissait et se tenait à peine sur ses pieds. Au commencement de février, lorsque Volkmann vit la malade pour la première fois, douze ou quatorze semaines au plus après le début, les deux seins avaient environ la circonférence d'une soucoupe, étaient très peu proéminents, mais étaient très durs et légérement bosselés.

Le sein, le premier malade, est dur comme du bois, le gauche est plus élastique. Les deux sont mobiles sur le grand pectoral ; la peau n'est que par endroits isolés confondue avec la tumeur le mamelon droit quelque peu retracté.

Couleur de la peau normale, température notablement élevée, pression modérément douloureuse. Au pourtour des deux seins, de chaque côté, noyaux cutanés de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois, faisant à peine relief sur la peau colorée en rose pâle ; cela ressemblerait à une syphilide papuleuse, si leur dureté n'ac-

cusait leur caractère cancéreux. Ganglions axillaires modérément tuméfiée des deux côtés, très durs, mais non groupés en paquet. Malgré cet état de choses, bien que la patiente ne soit plus qu'un squelette et ait une fièvre vive l'enfant a tété jusqu'à aujourd'hui; la pression fait encore sortir du sein gauche quelques gouttes d'une sérosité laiteuse.

Quatre semaines après la mort survint (10 mars 1868). La Durée de la maladie fut de cinq mois. On trouve des noyaux dans le foie, mais pas dans les poumons.

La néoformation, à la coupe très vasculaire malgré sa dureté, se distingue nettement du tissu adipeux très rarefié et montre l'aspect ordinaire du carcinome du sein.

Microscopiquement : peu de travées conjonctives, nombreux cylindres de cellules irrégulières, et anastomosés les uns avec les autres, se disposant en quelques points en véritables canaux. Cellules à gros noyaux, à caractère épithélial. Entre les éléments on trouve dans le sein gauche des lobules respectés et aussi quelques canaux galactophores entourés seulement de petites cellules. Pas d'agrandissement des canaux.

Observation IX (Billroth). *Deutsche Chirurgie* 1880.
(Sarco-Carcinome)

F. G..., 36 ans, a eu 7 enfants ; au huitième mois d'une grossesse jusque là normale, sa santé ayant toujours été bonne, elle remarque un gonflement presque subit des seins 5 semaines avant son entrée à la clinique (21 juin 1875).

A partir de ce moment les deux seins grossirent rapidement et durcissent. Sept jours avant d'entrer à l'hôpital elle accouche facilement et normalement. La perte de sang est peu abondante et cependant la malade est très pâle. Les deux seins ont alors le volume d'une tête d'enfant, ils sont hémisphériques et recouverts d'une peau luisante et tendue rendue bleuâtre par l'abondance des réseaux veineux.

Cette tension de la peau les rend peu mobiles sur les parties profondes : leur consistance est dure, sont seulement en quelques points élastiques.

La pression ne fait pas sortir de colostrum par le mamelon. Enfin, on ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle. Nous faisons de la compression des deux seins ; mais l'affaiblissement augmente de jour en jour et la malade meurt dans le collapsus le 28 juin.

La durée totale du processus a été de 6 semaines.

Autopsie (résumée). — A l'autopsie, des noyaux métastatiques sont trouvés dans le corps thyroïde, le péricarde, le foie, les reins, l'épiploon.

Les deux seins sont transformés en une masse rougeâtre molle, montrant une sérosité blanchâtre sur la coupe, au milieu d'un tissu cellulaire épaissi et infiltré, adhérent fortement à l'aponévrose du grand pectoral.

L'examen microscopique est peu détaillé.

Billroth conclut qu'il peut s'agir d'une combinaison du sarcome et du carcinome.

Ajoutons qu'il n'y avait eu aucune secrétion lactée.

Observation X. (Blanchard, *Société Anatomique* 1884)

Squirrhe atrophique des deux seins.

La nommée Pol... Rosalie, âgée de 41 ans, blanchisseuse, entre le 5 *février* 1883, salle Chassaignac n° 7. Cette malade n'a aucun aucun antécédent héréditaire. Elle a toujours joui d'une bonne santé étant jeune. A l'âge de 25 ans, elle accouche d'un enfant qui, actuellement encore est bien portante. A 29 ans, second enfant, qui meurt à l'âge de 5 ans d'une méningite tuberculeuse. Elle a nourri ses deux enfants. Pendant qu'elle nourrissait le second (1872), elle eut un abcès au sein gauche. Cet abcès s'est ouvert spontanément après un mois de souffrances et s'est cicatrisé en dix jours. Depuis cette époque, la partie supérieure du sein, qui avait été le point du départ de l'abcès, est restée indurée, mais le sein conservait sa forme normale.

Jusqu'en 1880, l'état général de la malade fut excellent ; mais à cette époque, elle commença à ressentir des douleurs dans le sein gauche du corps. En même temps, le sein diminuait de volume et augmentait de consistance. Il n'y eut jamais d'écoulement par

le mamelon. Dans le courant de 1882, elle eut egalement des élancements douloureux dans le sein droit, et, en octobre 1882, elle entrait dans le service de Mr Desprès. Ce chirurgien constata l'existence de tumeurs dans les deux seins et ne fit pas d'opérations.

Pendant son séjour à la Charité, la malade ressentit dans les membres inférieurs des douleurs fugaces et lancinantes. Ces douleurs la faisaient boîter et étaient surtout violentes à gauche. Elles persistèrent, et les membres inférieurs devinrent de plus en plus faibles, si bien que, depuis le mois de janvier 1883, la malade ne peut plus se tenir debout. En janvier 1883 elle eut également des douleurs dans les épaules et la région lombaire.

Elles affectaient le caractère des douleurs en ceinture, étaient intermittentes et toujours plus prononcées à gauche. Constipation habituelle ; jamais de troubles du côté des voies respiratoires.

A son entrée à l'hôpital Laënnec, la malade est très faible, ne mange presque rien et ne dort pas. Elle accuse des douleurs très vives dans les deux seins. Le gauche est rétracté, adhère à la peau, qui a l'aspect d'une peau d'orange. Il n'adhère pas aux parties profondes. Le droit est également rétracté et déformé, mais moins dur que le gauche. On trouve dans l'aisselle quelques ganglions petits et indurés. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le 8 janvier 1884.

Autopsie. — Les seins sont durs et petits. La peau adhère intimement à la tumeur ; il n'y a pas d'adhérence aux parties profondes. Dans l'aisselle gauche, on trouve une dizaine de petits ganglions indurés, et l'on sent sous le doigt les lymphatiques qui les réunissent à la tumeur.

L'examen histologique des seins a montré que l'on avait bien affaire à des squirrhes.

Observation XI (A. Gilbert). *Arch. gen. Med.* 1885.

Cancer squirrheux des deux seins.

E. T.., 41 ans, domestique, entrée le 26 *avril* 1884, à l'hôpital Tenon, salle Collin, n° 9.

Il y a trois ans, ont commencé à se manifester des élancements

et des picotements dans les seins. Bientôt après a apparue dans chaque sein une tumeur qui s'est accrue progressivement. Celle de gauche a pris un développement plus considérable que celle de droite. Puis l'une et l'autre tumeur ont commencé à diminuer de volume.

Il y a quinze ans environ, se sont declarées dans les côtés des douleurs qui augmentent d'acuité la nuit. En même temps survinrent des quintes de toux violentes, sans expectoration. L'appétit et les forces ont disparu, l'amaigrissement s'est prononcé, et la malade est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Vulpian, Elle y restée quatre mois environ sans modification appréciable de son état. Depuis sa sortie, elle a essayé plusieurs fois de se remettre au travail, mais les forces lui ont fait défaut. Elle entra à l'hôpital Tenon le 29 avril 1884.

Etat actuel (27 avril 1884, matin). — Aspect cachectique, teinte jaunâtre, léger œdème péri-malléolaire, faiblesse extrême. Squirrhe atrophique du sein gauche. avec plaie linéaire profonde, incomplètement cicatrisée, partant du mamelon et s'étendant vers l'aisselle dans une longueur de quatre centimètres.

Squirrhe atrophique du sein droit sans plaie, avec rétraction du mamelon. Ces deux seins durs et petits, adhèrent à la paroi thoracique. Autour des seins, dans l'épaisseur de la peau, on trouve ça et là de petites nodosités cancéreuses disséminées.

L'examen physique de la cavité thoracique révèle les modifications suivantes : à l'inspection, le côté droit de la poitrine paraît très notablement déprimé ; à la palpation combinée des deux mains, la différence de développement des deux côtés de la poitrine s'accuse davantage ; à la mensuration, l'on constate qu'à droite, la base du thorax a cinq centimètres de moins qu'à gauche.

A la percussion, le côté droit de la poitrine est complètement mat dans toute sa hauteur, en avant et en arrière : le côté gauche offre la sonorité habituelle.

A la palpation, les vibrations vocales sont absolument abolies à droite, en avant et en arrière ; la voix de la malade est, du reste, extrêmement faible, et les vibrations à peine perçues à gauche.

A l'auscultation de la respiration, en avant, sous la clavicule droite, inspiration et expirarion lointaines, à timbre métalllque ; sous la clavicule gauche, respiration puérile ; en arrière et à droite.

au niveau des fosses sus et sous-épineuses, murmure vésiculaire à peine perceptible, résultant probablement de la propagation du murmure du poumon gauche ; au niveau du tiers inférieur, abolition du bruit respiratoire ; en arrière et à gauche, dans toute la hauteur, inspiration supplémentaire, expiration soufflante, quelques petits râles sous-crépitants disséminés.

A l'auscultation de la voix : à gauche, en avant et en arrière, retentissement normal ; à droite, en avant et en arrière, absence de retentissement, pas de broncophonie, ni pectorilognie, ni égophonie.

Expectoration pituiteuse assez abondante. Toux fréquente, quinteuse, pénible. Douleur vive dans l'épaule droite.

Rien d'anormal à l'examen du cœur.

Langue rosée, humide. Grande diminution d'appétit. Pas de ballonnement du ventre. Pas d'augmentation appréciable du volume du foie et de la rate. Tendance à la constipation. Pas d'albumine dans l'urine.

16 *mai.* — L'état général n'est pas sensiblement modifié. L'examen méthodique de la poitrine donne les mêmes résultats que le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital. Douleurs vives, spontanées, et provoquées par la percussion, transitoires et tenaces, occupant les régions scapulaire et sous-claviculaires droites. Impossibilité du décubitus latéral droit ou gauche ; le décubitus latéral droit est impossible à cause des douleurs vives qu'il provoque ; le décubitus latéral gauche occasionne immédiatement une toux opiniâtre et fatiguante, ainsi qu'une dyspnée excessive.

Le 27. — La cachexie se prononce davantage. La toux est de plus en plus fréquente, elle se montre aussitôt que la malade se couche sur le dos ou sur le côté, et s'accompagne d'une oppression extrême La station assise est seule supportée.

23 *juin.* — Sous la clavicule droite, le long du bord droit du sternum a apparu, depuis hier, une tumeur arrondie, du volume du poing d'un adulte, mate à la percussion, obscurément fluctuante et complètement réductible par la compression. Cette tumeur n'est pas animée de battements isochrones à ceux du cœur. Dans l'aisselle droite, existent plusieurs ganglions du volume d'une noisette ; dans l'aisselle gauche les ganglions ne sont point tuméfiés. Pendant trois heures, ce matin, la malade a été suffoquée par des accès de

toux quinteuse, accompagnés de douleurs vives le long du bord droit du sternum.

4 *juillet.* — La cachexie fait des progrès rapides. La tumeur sous-claviculaire n'a pas augmenté de volume. L'exploration thoracique ne fournit aucun signe nouveau. La malade reste perpétuellement assise dans son lit ou sur un fauteuil.

Le 10. — Mort le matin à 5 heures.

Autopsie (12 juillet). — Chaque sein est transformé en une masse squirrheuse peu volumineuse, adhérente au squelette thoracique, criant sous le scapel, et fournissant par le raclage une minime quantité de suc cancéreux. Les nodosites sous-cutanées, disséminées autour de la région mammaire, sont également squirrheuses et pauvres en suc. Les ganglions axillaires du côté gauche ont peu augmentés de volume ; les ganglions axillaires du côté droit sont tuméfiés, indurés et assez riches en suc cancéreux.

La plèvre droite contient quatre litres environ d'un pus jaune verdâtre, grumeleux, non fétide, qui s'est fait jour à travers le premier espace intercostal, donnant ainsi naissance a la tuméfaction sous-claviculaire droite qu'on avait notée pendant la vie. Les deux feuillets de la plèvre sont épaissis et apparaissent recouverts de pseudo-membraneux. Ils ne fournissent point de suc par le raclage sur une section perpendiculaire à leur surface, et ne sont le siège d'aucun noyau carcinomateux, ni d'aucune infiltration néoplasique en nappe. Le poumon droit est ratatiné et ne renferme point de noyaux cancéreux.

La plèvre gauche et le poumon gauche sont saisis. Le cœur pèse 310 gr. La colonne vertébrale et les côtes ne renferment aucun nodus néoplasique. Le foie est muscadé et pèse 1.380 gr. La rate offre à sa surface des plaques de péritoinite chronique, elle est dure et pèse 160 gr. Les reins sont congestionnés ; leur poids est de 160 à 165 gr. L'encéphale est normal.

Observation XII, (F. Ramond). *Bull. Soc. Anat.* 1896.

Carcinome des deux seins avec généralisation rapide ; pleurésie double non hémorrhagique, fébrile. Mort au bout de 5 mois.

La nommée P... Marie, âgée de 42 ans, entre dans le service de

M. le Dr Chauffard le 18 mai 1896, pour une oppression continue et progressive. A première vue l'on constate un œdème énorme de la paroi thoracique ; les deux seins sont volumineux ; la paroi abdominale est infiltrée, ce qui rend impossible toute palpation profonde. Cet œdème est dur et résistant. La face et les membres sont respectés. L'auscultation révèle l'existence d'une pleurésie double, abondante surtout à droite. Le pouls est rapide, battant de 120 à 130 par minute ; la dyspnée est excessive ; les urines sont rares (600 cc. par 24 heures), et ne renferme ni sucre ni albumine ; l'appétit est nul, la diarrhée fréquente sans mélœna ; les règles sont suspendues. La température oscille de 36°5 le matin à 38°5 le soir.

Interrogée, la malade fait remonter l'œdème thoracique au mois de janvier dernier, époque où elle ressentit un frisson et un point decôté à droite. Il y a 3 semaines, nouveau frisson, dyspnée, considérable, œdème abdominal.

Les symptômes ne s'amendant pas, elle rentre â l'hôpital. En présence de ces phénomènes, en présence surtout d'une matité rétro-sténale considérable, débordant le bord droit du sternum, M. Chauffard porte le diagnostic de pleurésie double symptomatique d'un cancer du médiastin, probablement d'un cancer du thymus.

La malade fut ponctionnée à quatre reprises différentes ; chaque fois l'on retira une moyenne de 1300 cc. Le liquide nullement hémorrhagique, ne contenait aucuns débris cellulaires en suspension ; il était fibrineux, et mesurait 1017 au densimètre. Dix centimètres cubes furent injectés dans le territoire d'un cobaye.

Dîsons tout de suite que l'autopsie du cobaye pratiquée, 45 jours plus tard fut entièrement négative au point de vue de la tuberculose. On administra inutilement de la digitale ou de la caféïne ; la révulsion fut pratiquée sous toutes ses formes.

Rien n'arrêtait l'évolution de la maladie ; le liquide se reproduisait presque immédiatement après la ponction, l'asphyxie était croissante, le pouls était rapide et misérable.

Pas d'amaigrissement ni de teinte cachectique cependant. La malade succombe le 18 juin c'est-à-dire six mois après le début des accidents.

L'autopsie vérifia en partie le diagnostic. On trouva en effet en

arrière du sternum un large plastron, épais de 2 centimètres environ développé aux dépens du péricarde pariétal et du bord antérieur de la plèvre droite. Il s'agissait d'un cancer secondaire probablement à un cancer double du sein. Les deux seins, en effet, offraient un aspect lardacé ; ils étaient relativement volumineux ; les muscles pectoraux et intercostaux étaient infiltrés d'une foule de nodules, la plupart du volume d'un petit pois, la plèvre pariétale était chagrinée par suite de la présence d'un très grand nombre de granulations de volume variable. De même pour la plèvre viscèrale ; le poumon, exempt de localisation tuberculeuse, présentait de çà de là, surtout à droite, quelques petites nodules blanchâtres, de même nature que les précédentes ; le péricarde pariétal était dégénéré ; le cœur n'offrait rien de particulier, les ganglions médiastinaux étaient énormes, blanchâtres ; l'expression en faisait sourdre une gouttelette lactescente ; ces ganglions comprimant les bronches, le pneumogastrique gauche au niveau de la crosse aortique, et les veines azugos, nous avions ainsi l'explication de la dyspnée, de la tachycardie et de l'œdème thoracique, que nous avons observés durant la vie.

Le diaphragme, ainsi que tout le péritoine étaient infiltrés ; l'infiltration gagnait même les muscles de la paroi abdominale ; il y avait peu d'ascite. Presque tous les organes abdominaux présentaient des noyaux carcinomateux : la rate, le foie, surtout au niveau de sa face convexe, le pancréas, les ovaires et le corps de l'utérus, au niveau de son revêtement péritonéal. L'intestin présentait des petits noyaux, également sous-séreux ; la muqueuse était saine ; rien dans l'estomac, ni aux reins. Les méninges et le cerveau étaient normaux.

Des morceaux de tous les organes atteints furent fixés soit par le Flemming, soit par le sublimé, soit encore par l'alcool absolu ou le Müller. L'inclusion a été faite dans la paraffine, la coloration par la safrornine et le liquide de Benda, sauf bien entendu pour les pièces durcies par le Muller. Partout nous avons retrouvé le même processus : il s'agissait d'un épithélioma tubulé, genre carcinome : des tractus fibreux, plus ou moins épais, délimitaient des alvéoles remplies des cellulites polymorphes.

Au sein les cloisons fibreuses sont très larges, et sont formées uniquement par du tissu conjonciif adulte. Par leur entrecroise-

ment, elles constituent une série de logettes renfermant une quantité variable de cellules polymorphes, certaines de ces cellules, surtout celles de la périphérie de l alvéole, ont un aspect cubique; mais leur forme change bientôt à mesure que l'on gagne le centre du tube cancereux, les unes sont arrondies ; à gros noyau, à mince protoplasma, c'est la majorité ; d'autres offrent un protoplasma plus complet ; d'autres enfin sont polynucléairés, rappelant ainsi la forme d'une cellule géante ; mais les noyaux en sont très volumineux. En quelques points le processus est plus avancé ; la cloison est très épaisse, les cellules cancéreuses se colorent difficilement; quelquefois même elles subissent la désintégration granuleuse, formant des amas amorphes, colorés uniformément soit par l'éosine, soit par le liquide de Benda.

La plupart des autres organes nous offrent des aspects analogues, tant que le tissu fibreux est moins abondant, les cellules moins dégénérées. Signalons cependant quelques particularités au niveau des nodules cancéreux du foie et de l'utérus.

De la capsule fibreuse du foie, partent des travées épaisses qui s'entourent dans le parenchyme, limitant par leur entrecroisement une série de logettes, remplies de cellules cancéreuses. Mais à la périphérie de la tumeur, se trouve une bordure leucocytique, probablement de défense, et contiguë à la cellule hépatique ; le protoplasma de cette cellule hépatique présente une infiltration de gouttelettes graisseuses et de granulations pigmentaires. Le noyau résiste plus longtemps ; mais en certains points il devient vésiculeux, renfermant toujours cependant des corpuscules chromatiques, colorés en rouge vif par la safranine; de sorte que son aspect rappelle un peu la figure que décrit Soudanewitek comme parasite du cancer. Enfin en plein ilot épithéliomateux, on remarque quelques cellules très volumineuses ; mais c'est surtout au niveau du corps de l'utérus que ces cellules volumineuses prennent un aspect bizarre. Comme partout ailleurs, l'on distingue nettement la disposition carcinomateuse ; les cellules sont cependant plus uniformément arrondies, ressemblant ainsi aux lymphocytes. C'est au milieu d'elles que l'on rencontre les productions atypiques dont nous venons de parler. Il s'agit de corpuscules visibles avec l'objectif 2 de Verick, prenant vivement l'hématoxyline. Elles ont alors un aspect feuilleté, analogue à celui d'un

grain d'amidon par exemple, ou mieux d'un de ces lobules perlés que l'on décrit dans les épithéliomes pavimenteux de la peau. Les feuilles sont concentriques prenant inégalement la matière colorante. Ces corpuscules se rencontrent intacts au milieu du tissu complètement dégénéré.

Observation XIII (E. Albert). *Wiener Med. Woch.* 1899.

Carcinome simultané des deux seins.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, chez laquelle dans le quadrant supérieur et latéral du sein droit se trouvait une tumeur dure, grosse comme une noix et adhérente dans un point à la peau. Dans l'aisselle, on constatait la présence des ganglions indurés. Cette tumeur aurait débuté par un petit noyau il y a deux ans et ne commençait à grandir que le temps dernier. Depuis cinq mois, le sein gauche devint aussi douloureux et a actuellement l'aspect d'un hémisphère. Le mamelon est dirigé directement en avant et l'aréole est bien proéminente. A la palpation, on sent une masse dure, homogène, adhérente au muscle pectoral ; dans l'aisselle gauche, on trouve un petit ganglion rond et dur. Etat général est bon.

Dans ce cas, je peux seulement affirmer, que l'état du sein droit comportait le diagnostic d'une nodosité carcinomateuse et l'état du sein gauche d'un carcinome infiltré.

Observation XIV (Monthioux). Thèse Paris 1900.

Epithélioma simultané des deux seins.

Mme Augustine G..., 44 ans. Antécédents héréditaires peu intéressants : père mort à 70 ans, mère morte à 40 ans d'une affection chronique, une sœur morte d'anémie. Dans les antécédents personnels, on relève trois grossesses et un seul allaitement, celui de son dernier enfant, âgé aujourd'hui de deux ans. Elle aurait reçu un violent coup de coude dans le sein gauche il y a dix ans.

En mars dernier (1900) en faisant sa toilette, elle découvre tout à fait à la partie interne et périphérique de la glande mammaire droite, une petite tumeur lobulée donnant l'impression, dit la malade, comme forme et comme volume, « de trois noisettes qui se tiendraient accolées. »

Elle ne s'en préoccupa pas autrement et pendant deux ou trois mois (avril, mai, juin 1900), vit augmenter lentement son sein droit, sans aller demander de consultation.

Vers la même époque, elle éprouve dans le sein gauche des élancements assez douloureux, et se soumet, pour la première fois, à un examen médical. Le médecin de la ville appelé en juillet constate l'existence d'une tumeur bilatérale du sein et conseille une opération. La malade, très placide et très négligente de son naturel, ne tint aucun compte de cet avis. Mais, vers les premiers jours d'août, l'allure de la maladie change et de lente devient rapide. Le sein droit augmente vite et a pris, fin août, le volume d'une tête de fœtus, alors qu'au mois de juillet, la tumeur ne dépassait pas la grosseur d'une orange.

En même temps la peau se distend et se violace et les mouvements du bras sont gênés par une adénite qui remplit le creux axillaire.

Accroissement parallèle à gauche, quoique moins rapide. La malade, enfin sortie de son indifférence et effrayée à juste titre, se rappelle le conseil de son médecin et vient à l'hôpital Cochin, service du Dr Quénu, réclamer une intervention.

L'état général est d'ailleurs resté bon, l'appétit est conservé ; les douleurs sont minimes.

Examen le 13 septembre. A *l'inspection*, on constate une hypertrophie manifeste de deux seins. Le sein droit, beaucoup plus volumineux, atteint et dépasse les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Il incommode la malade davantage par son poids que par les souffrances qu'il provoque. La peau qui le recouvre est tendue, rouge par places, violacée à d'autres, acuminée dans sa partie supérieure, où il y a comme une menace d'ulcération.

A *la palpation*, on constate que les téguments, sont adhérents à une tumeur profonde : toutefois, le mamelon n'est pas rétracté, il est simplement aplati par tension à la surface du néoplasme. Celui-ci se montre, à la palpation, comme une tumeur assez bien cir-

conscrite à la partie interne de la mamelle, mais se confondant en dehors avec un paquet de lymphatiques engorgés. Il adhère profondément au grand pectoral. Dans l'aisselle, il existe de volumineux ganglions, en revanche pas d'adénite sus-claviculaire.

A gauche, l'inspection montre une augmentation de volume beaucoup moins notable qu'à droite. Par la palpation on découvre, dans la partie inférieure du sein, une tumeur de la grosseur d'une orange, très dure, adhérente à la peau sus-jacente et au mamelon, qui est retracté mais non adhérente au grand pectoral.

Il existe plusieurs ganglions axillaires indurés. La peau du sein gauche ne présente pas le même aspect rouge et violacé qu'à droite.

Il va sans dire, qu'entre les deux mamelles, la peau est absolument saine, souple, non indurée.

On se trouve donc bien en présence non pas d'une propagation par continuité d'une tumeur du côté droit au côté gauche, mais bien d'une double localisation mammaire d'un carcinome.

M. Launay a pratiqué l'amputation des deux seins et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

Observation XV (A. Le Dentu et Morestin) *Revue de Chir.* 1900.

Epithélioma des deux mamelles avec noyaux secondaires.

En avril 1897, Suzanne F..., jeune femme de vingt sept ans, longue, mince et d'une extrême maigreur, mais cependant d'une bonne santé habituelle, se présente à la consultation. A part quelques troubles menstruels et la syphilis, elle n'a jamais eu de maladie. Du côté des seins, en particulier, elle n'avait jusque-là remarqué rien d'anormal. si ce n'est pourtant leurs proportions exiguës.

Or, brusquemen«, survient un gonflement général des deux seins, s'accompagnant d'une légère douleur, d'un sentiment de pesanteur et de gêne. En deux jours, ils prirent un volume énorme, doublant, triplant, puis décuplant de volume ; c'est dans cet état qu'elle se montre à nous pour la première fois, une dizaine de jours après les débuts, la tuméfaction était alors stationnaire.

Les seins offraient alors un étrange aspect, leur opulence apparente contrastant avec le corps émacié et le thorax étroit.

Uniformément tendus et gonflés et d'une égale ampleur, ils formaient deux grosses masses hémisphériques, comparables comme dimensions à des têtes d'enfant de cinq ou six ans. La peau n'était guère modifiée.

Amincie, distendue, sa coloration était à peine rosée, mais elle laissait voir par transparence les réseaux superficiels très développés. La palpation montrait qu'an dessous de ces téguments peu mobiles, les seins formaient deux blocs d'une consistance très ferme et même dure, sans qu'on pût isoler aucune tumeur circonscrite, reconnaître ni saillie, ni dépreseion, ni point fluctuant ou ramolli. Aucune trace de lobulation n'était appréciable. Bref, les glandes étaient noyées, perdues dans une infiltration diffuse, occupant au même degré les deux mamelles.

Celles-ci se laissaient déplacer aisément sur la paroi thoracique. Il n'y avait point d'adénopathie axillaire, et, chez un sujet aussi complètement dépourvu de graisse, l'exploration du creux axillaire ponvait s'exécuter dans des conditions de facilité telles que la moindre tuméfaction ganglionnaire eût put être décelée sans peine. Il n'y avait aucuu écoulement par les mamelons. L'indolence était parfaite et il n'y avait ni fièvre, ni symptômes généraux. On pouvait alors songer au scléréme phlegmasique décrit autrefois par l'un de nous, à une mastite aiguë bilatérale, ne répondant certes à aucune description classique ; enfin, à une de ces mammites carcinomateuses à marche terrible, auquelles il suffit de quelques semaines pour entraîner la mort.

Cette dernière hypothèse était la plus vraisemblable, si l'on se tenait à l'habitus extérieur ; mais la marche de l'affection était vraiment par trop soudaine et nous n'étions pas absolument satisfaits de ce diagnostic, qui pourtant nous parut probable ce jour-là.

Or, au bout d'une semaine, sans autre traitement qu'une compression très douce, il se produisit une amélioration.

Les seins devinrent plus souples, en même temps que leur volume diminuait.

Mais, après quelques jours, on constate une recrudescence suivie d'une nouvelle rétrocession, sans que la malade ait d'ailleurs présenté aucun phénomène douloureux pendant ces alternatives.

Depuis, ce gonflement général et uniforme ne s'est plus montré

Pendant plusieurs semaines, à la suite de ces accidents du début, la tuméfaction a été sans cesse décroissant. A mesure que disparaissait cette infiltration totale, on pouvait, à travers des couches superficielles plus souples, explorer d'une façon plus précise la glande elle-même. Or, peu à peu, on put sentir dans les deux seins, mais particulièrement dans le droit, des noyaux durs, très durs même, bosselés d'une manière inégale, multiples et irrégulièrement répartis, gros comme des noix, des noisettes ou des pois, mal limités, peu mobiles, ne se laissant point séparer du reste de la glande, dont ils occupaient surtout les parties inférieure et externe. Les deux mamelons se rétractèrent de plus en plus et dans l'aisselle droite, on put constater bientôt un gros ganglion, arrondi, dur et mobile. La peau cependant n'était pas adhérente et le sein demeurait mobile au devant du grand pectoral.

Ce nouvel aspect de la maladie nous éloignait complètement, bien entendu, de l'idée d'une mastite carcinomateuse, mais nous hésitions encore, et cette fois entre une autre variété de cancer, le squirrhe double, une mastite noueuse et une tuberculose frappant simultanément les deux glandes.

Au mois de juin, une péritonite tuberculeuse à forme ascitique se développe et la malade subit la laparotomie le 8 novembre 1897 à l'hôpital Necker. Quand elle sortit de Necker, vers la fin de juin 1898, elle avait très bonne mine. Le ventre était souple, indolent et sans ascite. Mais ce qu'il y avaii de plus curieux et de plus intéressant, c'était la modification subie par les seins. Graduellement, les deux seins avaient diminué et changé encore une fois de consistance.

Ils s'étaient assouplis, en revenant à leur volume d'autrefois. Les noyaux durs, épars dans les glandes, s'étaient raréfiés, amoindris ; moins résistants à la palpation, ils semblaient en voie de résorption et de disparition.

Vers la fin de mai, nous vîmes reparaître notre malade. Le ventre était souple, non distendu. Pour les seins, ils étaient fort malades, mais leur aspect était différent de ce que nous les avions vu précèdemment. Les deux mamelles formaient deux masses d'une dureté ligneuse, celle de droite était plus grosse que l'autre, et toutes deux ayant plus que doublé de volume depuis le dernier examen. Les mamelons, surtout celui de droite, étaient rétractés, enfouis dans un creux, et ne laissant pas éverser, ni étirer.

Chaque glande paraissait prise dans toute son étendue et se présentait comme un large gâteau irrégulièrement lobulé, très dur, indolent à la pression, sans adhérence avec la peau ni avec les couches profondes.

Dans leux deux aisselles, deux ou trois ganglions, dont un gros comme une noix, les autres plus petits, tous indolents, mobiles et très fermes. A gauche, la peau paraissait saine, mais à droite, toute la surface du sein était couverte de petits noyaux plus ou moins arrondis, mais mal limités, enchâssés dans la peau. Ces sortes de plaques surélevées d'un rouge pâle ou violacé, avec des arborisations veineuses, étaient du plus mauvais aspect et, en présence de cette lésion, on ne pouvait s'empêcher de diagnostiquer immédiatement : squirrhe pustuleux disséminé. Cependant la marche si singulière, avec période de régression, n'était pas en rapport avec cette impression. Quand à une forme de tuberculose nodulaire disséminée dans la peau, cette hypothèse se présentait à l'esprit, mais ce fait ne s'étalt pas montré dans aucun des cas décrits de tuberculose mammaire.

F. entra de nouveau à Necker le 1er août.

Les seins n'avaient changé ni de consistance, ni d'aspect général, mais le sein gauche était couvert d'une éruption analogue à celle du droit. De cé côté l'envahissement cutané ne s'était pas accentué, les nodules avaient plutôt un peu pâli. Il n'y avait toujours ni adhérences à la peau, ni douleurs. La malade se plaignait de quelques démangeaisons.

L'ascite avait reparu, la malade allait d'ailleurs s'affaiblissant et se cachectisant très vite.

Mort le 10 septembre.

A *l'autopsie*, on constate que les poumons étaient sains, que le ventre contenait une certaine quantité de liquide ascitique, que l'intestin et la paroi abdominale étaient chargés de granulations tuberculeuses.

Les deux glandes mammaires présentaient des lésions identiques. Les préparations histologiques ont été soumises à l'examen de MM. *Brault et Letulle*. Tous deux pensent qu'il s'agit, sans hésitation possible, d'un épithélioma cylindrique.

Observation XVI (inedite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Mauclaire).

Epithélioma simultané des deux seins. Ablation. Guérison opératoire.

H. B..., âgée de 47 ans présente depuis plusieurs mois une tuméfaction indurée. C'est au commencement du mois d'avril 1902 qu'elle a constaté la tuméfaction du côté droit, un peu au-dessous du mamelon. Celui-ci s'est rétracté peu à peu, la peau présente le symptôme de la peau d'orange. Pas d'écoulement par le mamelon.

Au dire de la malade c'est fin d'avril 1902 qu'elle s'est aperçue de l'existence d'une lésion semblable dans le sein gauche. Cette tuméfaction paraît plus superficielle, elle siège au-dessus et en dedans de mamelon, celui-ci est intact.

A la surface de la tuméfaction la peau est piquetée d'une série de dépressions.

Les deux seins sont assez volumineux.

On sent des adénopathies axillaires à droite et à gauche, moins nombreux à gauche. Pas de tuméfaction du foie, pas de douleurs rachidiennes. L'état général est bon, pas d'amaigrissement.

La lésion paraissant encore assez récente je propose l'ablation des deux seins.

Elle est pratiquée le 4 août 1902, dans une maison de santé de la rue Oudinot.

Ablation du sein droit. Ablation de nombreux ganglions et de tout le tissu cellulaire de l'aisselle. Même opération immédiatement à gauche, — nombreux ganglions axillaires, mais manifestement plus petits qu'à droite ce qui semble bien confirmer le dire de la malade à savoir que la tuméfaction gauche est apparue peu après celle du côté droit. Guérison opératoire.

Un an après, la malade n'avait pas encore de récidive ni à droite ni à gauche.

Observation XVII (Villar *in thèse de Bellonne*) Bordeaux 1903.

Épithélioma bilatéral des seins.

Mme X..., âgée de trente-huit ans. Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, une chute à trois ans qui l'oblige à garder le lit pendant dix-huit mois.

Apparition des règles à douze ans ; depuis elles ont toujours été normales et régulières. Mariée à quinze ans, elle a eu un enfant à seize ans, qu'elle nourrit pendant dix-huit mois. Pendant cette période, la malade a remarqué une hypertrophie considérable de ses seins, due à la grande quantité de lait qu'elle avait. Elle était obligée pour diminuer le volume et le poids de ses seins de les recouvrir d'une téterelle et de se faire pratiquer des succions par un chien. Après avoir sevré son enfant, le lait ne disparut jamais malgré les divers moyens employés en pareil cas. Il diminua seulement de quantité, mais à l'apparition des règles les seins augmentaient de volume, le lait devenait plus abondant. Cet état persista jusqu'en janvier 1902. Actuellement, le fils de cette dame est âgé de vingt-deux ans, il se porte très bien.

A vingt-trois ans Mme X..., habitait Paris. Elle découvrit, en portant par hasard les mains sur ses seins, deux petites tumeurs indolentes, de la grosseur d'un pois. Elle s'en inquiéta et alla consulter plusieurs chirurgiens des hôpitaux qui déclarèrent qu'il s'agissait de tumeurs bénignes. Dès lors, la malade ne se préocrupe plus de cas glandes qui restent stationnaires. Elle porte un corset à bretelles, autant pour soutenir et alléger le poids de ses seins que pour diminuer l'ampleur de sa taille. Mais elle est obligée d'y renoncer peu de temps après, car il déterminait au dessous du sein gauche une douleur intolérable, l'empêchant de respirer.

En 1889, Mme X..., vient à Bordeaux. En janvier 1893, elle perd son père et tombe malade. Elle est traitée pendant six mois pour toux, expectoration abondante, sueurs nocturnes. La malade va consulter M. le Pr Demons qui ordonne un traitement créosoté, et la rassure sur le sort de ses petites tumeurs.

Une amélioration survient, mais elle passagère, car apparaissent

bientôt divers troubles tels que vertiges, malaises, vomissements, crises névralgiques avec gonflement du côté gauche de la face.

Le médecin de la famille examine la malade. Son attention est surtout attirée par les tumeurs du sein. Il conseille leur ablation, mais la malade s'y refuse.

En janvier 1902, la tumeur du sein gauche avait augmenté de volume. Elle était située à un travers de doigt au dessous et en dehors du mamelon gauche ; elle avait la dimension d'un gros haricot ; elle était rénitente, indolente, mobile sur les plans sous-jacents. Seule la peau avait changé de coloration, elle était devenue violacée ; il y avait des ganglions dans l'aisselle correspondante.

Le sein droit était toujours pareil. La petite tumeur qui siégeait en dedans du mamelon était restée stationnaire. Il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle droite.

La malade, sur les conseils de son médecin, vient trouver M. le Pr agrégé Villar, qui déclare l'opération urgente et propose l'amputation du sein gauche pour le surlendemain. L'opération fut ajournée à dix jours à cause de l'apparition soudaine des règles.

Il fut fait une large ouverture jusqu'à l'aisselle gauche. Après l'opération survint une hémorragie. Vers le huitème jour, la plaie fut suturée. La malade quitta la clinique seize jours aprés l'intervention. Les suites opératoires furent très bonnes. Il se fit une amélioration rapide de son état de santé. Mais peu à peu le sein droit commença à grossir régulièrement. Cette progression inquiéta par la suite Mme K..., qui alla consulter somnambules et charlatans sur les conseils de quelques unes ses connaissances. Elle prit toutes sortes de médicaments, mais ne tarda pas à perdre l'appétit et à maigrir considérablement.

En janvier 1903, elle vient consulter une deuxième fois M. le Pr agrégé Villar. Le sein droit avait alors le volume d'une tête de fœtus ; il était très dur, pas douloureux, mobile sur les parties profondes. La peau de la région avait une coloration normale. Les ganglions de l'aisselle étaient tuméfiés. L'amputation eut lieu trois jours après. Les suites furent très simples. La malade quitta la clinique cinq jours après l'intervention.

Quelque temps après, alors qu'elle était guérie de l'opération, le membre inférieur gauche fut paralysé, mais la malade ne put en déterminer la cause.

Un jour, à la suite d'une quinte de toux, elle ressentit une vive douleur au niveau de l'aine droite. Le membre inférieur du même côté augmenta légèrement de volume, devint le siège d'une douleur très violente. Le médecin constata une phlébite et recommanda le repos le plus absolu. Cet état dura quatre mois après lesquels la santé de la malade s'aggrave. L'anémie est plus profonde.

Mme X..., a du dégoût pour les aliments ; elle a de nombreux vomissements jusqu'en octobre 1903, époque à laquelle l'anorexie disparaît. Toutefois les digestions sont pénibles ; le ventre est ballonné après le repas. La malade urine peu 110 grammes par jour environ). Les urines sont rouges et très troubles.

Vers le commencement de novembre, la malade constata que son ventre grossissait régulièrement.

Les membres inférieurs étaient enflés. Le 20 novembre, son médecin fit une ponction au milieu du flanc gauche. Il retira huit litres d'un liquide jaune marron. La malade est mise au régime lacté : depuis, elle urine en plus grande quantité. Mais le ventre augmente régulièrement de volume ; il renferme une très grande quantité de liquide ascitique.

Actuellement, la malade est très amaigrie, toutefois elle ne présente pas un état cachectique très avancé.

Observation XVIII (Reynès, de Marseille) *Congrès de Chirurgie* 1903.

Double épithelioma des mamelles traité par l'ovariectomie bi-latérale.

Mr Reynès a pratiqué le 20 *mai* 1903 la castration utéro-ovarienne par laparatomie chez une femme de 32 ans, qui venait d'être réglée deux jours avant et était atteinte *d'un double cancer des mamelles*, inopérable avec tumeurs volumineuses, ganglions axillaires, ulcérations à gauche.

La nature *épithéliomateuse maligne* est vérifiée au microscope ; le professeur Cornil, diagnostique épithelioma tubulé. Un mois après la régressions de néoplasmes est manifeste, en deux mois

l'ulcération est cicatrisée. — Bref aujourd'hui après cinq mois la guérison semble obtenue : localement il n'y a presque plus rien ; l'état général est excellent.

Sept Observations de castration ovarienne pour le cancer du sein

---

Observation I (G. T. Beatson) *The British Med. Jour.* 1896.

Femme mariée âgée de 33 ans.

Pendant la deuzième période de lactation une tumeur dure a été remarquée dans le sein gauche (le seul qui ait allaité), qui n'a montré des signes d'accroissement que six mois après le sevrage. Le sein, les ganglions axillaires et une partie du muscle pectoral ont été enlevés et trouvés cancéreux.

Trois mois après, la maladie s'est manifestée de nouveau èt le cas a été considéré comme inopérable. De l'extrait de corps thyroïde a été administré, mais sans succès.

Alors on a enlevé les ovaires et les trompes utérines et de nouveau on a administré le corps thyroïde.

Dans moins de deux mois la malade s'est portée beaucoup mieux; cinq mois après les tissus malins sont devenus jaunes et en voie de dégénérescence graisseuse et au bout de six mois ils sont disparus.

Actuellement au bout de 12 mois la malade paraît réellement bien. Il n'y a plus trace de cancer mammaire.

Observation II (G. T. Beatson) *The Br. Med. Jour.* 1896.

Femme, 40 ans avec une large tumeur dans le sein droit, apparue au dire de la malade à la suite d'un coup.

La peau est en partie adhérente et le mamelon rétracté. Engorgement des ganglions axillaires et sus-claviculaires.

Le cas était inopérable.

On a enlevé les ovaires et les trompes utérines et on a commencé l'administration du corps thyroïde.

Au bout de trois semaines la tumeur est devenue beaucoup moins vasculaire. Deux mois après l'opération une nodosité a été enlevée de la tumeur. L'examen a revelé cancer en voie de dégénérescence graisseuse.

La tumeur est devenue plus petite et la malade a cessé de perdre du poids.

Observation III (Hermann) *The Lancet* 1899.

Le cas concerne une malade qui a été atteinte d'un cancer récidivant du sein. Elle a été *opérée en* 1898 de sa récidive et on a enlevé les deux ovaires. Elle a augmenté après l'opération de cinq livres.

Au bout d'une année elle se portait très bien et n'avait pas de récidive.

L'extrait du corps thyroïde a été administré tout ce temps.

Observation IV (Hermann) *The Lancet* 1899.

La malade a été atteinte depuis 1895 d'un cancer récidivant du sein droit.

Elle a subi deux opérations, une au mois de mai et une le 21 octobre 1895.

L'examen microscopique fait après la première opération démontre qu'il s'agissait d'un cancer.

En novembre 1897 nouvelle récidive sous forme d'une nodosité extrêmement dure apparue dans le sein gauche et accompagnée d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle gauche. En même temps, présence d'une ulcération siégeant sur la cicatrice à droite.

La malade a été opérée le 12 *juillet* 1898.

Ablation des deux ovaires suivie d'administration immédiate d'extrait de corps thyroïde.

Déjà le 25 juillet l'ulcération était guérie et la mamelle gauche est devenue beaucoup moins dure. Au milieu d'octobre, disparition de la nodosité et fort peu d'engorgement ganglionnaire. — Seulement le mamelon du sein gauche est encore rétracté,

L'état général de la malade est très amélioré.

Observation. V (Inédite).

(Due a l'obligeance de M. le Professeur agrégé Mauclaire)

Epithélioma très étendu du sein droit. — Opération de Beatson suivie de l'extirpation incomplète de la tumeur mammaire. — Mort le 12e jours de complications pulmonaires.

Marie C..., âgée de 51 ans entre le 16 *août* 1902 à l'hôpital Necker, salle, Lenoir, dans le service de M. Le Dentu que je remplaçais.

Elle a un épithélioma du sein droit, datant de deux ans, il est très étendu en surface, ulcéré déjà depuis plusieurs mois adhérent à la paroi thoracique et avec ganglions axillaires volumineux.

L'extirpation de la tumeur ne peut être qu'incomplète. L'état général est d'ailleurs très médiocre : la malade a beaucoup maigri et me supplie de lui faire l'ablation de sa tumeur.

Je me décide à faire une opération de pure bienfaisance et de pratiquer au préalable la castration suivant la méthode de Beatson dont les journaux anglais parlaient beaucoup à cette époque.

Le 21 *aout 1902*, je fais d'abord la castration bilatérale. Les deux ovaires ne paraissent ni atrophiés ni hypertrophiés. Dans la même séance opératoire je fais une ablation de la tumeur mammaire en enlevant les pectoraux, mais dans les espaces intercostaux existent des indurations suspectes. Ablation des ganglions axillaires.

La réunion complète de la peau fut impossible,

Les jours suivants la malade eut de la fièvre avec symptômes de

congestion pulmonaire et dyspnée très marquée. Elle succombe à ces troubles pulmonaires le 2 septembre, c'est-à-dire 12 jours après l'opération.

Observation VI. (Reynès de Marseille)

(*Congrès de Chirurgie.* Octobre 1903)

(Observation déjà citée page 57).

Mr Reynès a pratiqué le 20 *mai 1903*, la castration utero-ovarienne par laparatomie chez une femme de trente deux ans, qui venait d'être réglée deux jours avant et était atteinte d'un double cancer des mamelles, inopérable, avec tumeurs volumineuses, ganglions axillaires, ulcération à gauche. La nature epithéliomateuse maligne est vérifiée au microscope: le professeur Cornil diagnostique épihélioma tubulé. Un mois après la regression des néoplasmes est manifeste: en deux mois l'ulcération est cicatrisée. Bref aujourd'hui après cinq mois, la guérison semble obtenue: localement il n'y a presque plus rien; l'état général est excellent.

Il faut ajouter que l'opérée de Mr Reynès a reçu des piqûres de quinine, mais jusqu'au moment de la laparatomie elles n'ont rien produit: la regression atrophique du cancer a marché avec une étonnante rapidité après la castration.

Observation VII (Guinard).

(*Société de Chirurgie*, janvier 1904).

M. Guinard présente une malade de 45 ans, qui atteinte à la fois d'un cancer du sein droit et d'un volumineux fibrome utérin, vint le trouver il y a trois mois, pour être débarrassée avant tout de son fibrome qui la gênait beaucoup en raison de sa croissance rapide.

M. Guinard fit donc à cette femme une hystérectomie subtotale, en enlevant en même temps les ovaires, en octobre 1903.

Or, à son grand étonnement, il vit, peu après l'opération, disparaître les ganglions axillaires, en même temps que la tumeur du sein diminuait rapidement.

Actuellement, exactement après trois mois, la tumeur, qui primitivement était grosse comme le poing, a presque totalement disparu, ses adhérences à la peau et aux plaies profondes n'existent plus, et quant aux ganglions de l'aisselle il n'y en a plus trace.

Bref, le résultat est absolument extraordinaire.

Il faut ajouter que l'examen miscroscopique d'un fragment de la tumeur enlevé par biopsie a démontré qu'il s'agissait sans conteste d'un squirrhe ou « carcinome fibreux. »

CONCLUSIONS

1. — Le cancer *simultané* des deux seins est une affection très rare. Nous en avons réuni 18 observations, parmi lesquelles 6 épithéliomas, 7 carcinomes et 3 squirrhes, 2 encéphaloïdes; pas de cas de sarcome bi-latéral simultané.

2. — La *pathogénie* des tumeurs symétriques, bénignes ou malignes, simultanées ou consécutives est encore vague ; mais il est une hypothèse plausible, c'est que la mœlle épinière joue peut-être un rôle dans cette symétrie.

3. — Le cancer mammaire simultané se présente sous deux formes *cliniques* distinctes :

a.) cancer aigu à marche rapide

b.) cancer à marche lente

4. — Le *diagnostic* est souvent difficile au début. Dans les deux types cliniques du cancer l'intervention doit être très précoce.

5. — Malgré la gravité du *pronostic* tous les cas, sauf les squirrhes, sont justiciables d'une intervention chirurgicale qui doit être très précoce et très large, suivant les progrès opératoires récents. Il faut aussi éviter la greffe opératoire.

6. Les cas absolument inopérables, unilatéraux ou bilatéraux, profiteront peut-être de la castration ovarienne proposée par C. T. Beatson.

Mais le résultat de cette opération est encore hypothétique; de nouveaux faits bien observés et bien contrôlés sont nécessaires.

Bibliographie.

1857. — *W. Aitken.* On malignant grandular tumours or, hypertrophies of the mamma in the femal. Med.Times and Gazette t. I, p. 359.

1869. — *Klotz.* Ueber mastitis careinomatosa gravidarum et lactantium. Thèse de Haale, p. 14-16.

1880. — *Billroth.* Die kranheiten der Brustdrüsen in Deutsche Chir. Stuttgart, p. 128.

1882. — *Kirmisson.* Topographie des ganglions axillaires. Bull. Soc. Anat., p. 453.

1883. — *Reclus.* De la maladie kystique des mamelles. Revue de Chir., p. 761.

1884. — *Blanchard.* Squirrhe atrophique des deux seins. Bull. Soc. Anat., p. 181.

1884. — *Monod.* Pronostic et traitement du cancer du sein. Gaz. Méd. de Paris, p. 1, 17, 37, 48.

1885. — *Ricard.* De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille. Thèse de Paris.

1885. — *Gilbert.* Pleurésie purulente au cours d'un cancer du sein. Arch. gén. de Med., t. I, p. 620.

1886. — *Phocas.* Maladie noueuse. Thèse de Paris.

1888. — *Hanot et Gilbert.* Traité des maladies de foie.

1888. — *Hahn.* Ueber Transplantation von carcinomatöser Haut. Berl. klin Wochenschrift, p. 413.

1888. — *Donitz.* Zur Technik der Operation des Brustkrebes. Berl. klin. Wochen, p. 544.

1889. — *C. Schimmelbusch.* Ueber multiples Auftreten primärer carcinome. Arch. für klin. Chir., p. 860.

1890. — *Rieffel.* De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations du cancer du sein chez la femme. Thèse de Paris.

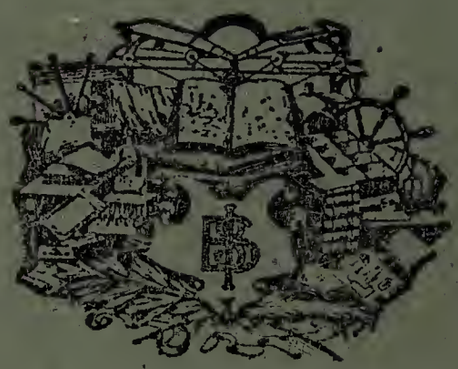
1892. — *Mandry*. Ueber symmetrische primäre carcinome. Beiträge zur klin. Chir., p. 589.
1892. — *Bard*. De la coexistence de deux cancers primitifs multiples chez le même sujet. Arch. gén. de Méd., p. 541.
1894. — *Bard*. Spécificité cellulaire. Semaine méd., p. 113-120.
1895. — *E. Rochard*. De la mastite carcinomateuse. Union méd. Paris, p. 313.
1896. — *F. Ramond*. Carcinome des deux seins avec généralisation rapide. Bull. Soc. Anat., p. 526.
1897. — *Duplay*. Lymphangite cancéreuse du sein. Bull. Méd. de Paris, p. 1155.
1898. — *Pierre Delbet*. Art. Mamelle. Traité de Chir. Duplay et Reclus, t. V.
1899. — *Binaud et Braquehaye*. Art. Mamelle. Traité de Chir. de Le Dentu et Delbet, t. VII.
1899. — *E. Albert*. Bilaterales Mamma carcinom Wiener Med. Wochenschrift, p. 58.
1900. — *Soupault et Labbé*. Etudes sur les observations et le rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial. Revue de Med., p. 17.
1900. — *Le Dentu et Morestin*. Epithelioma des deux mamelles avec noyaux secondaires. Revue de Chir. Paris, p. 425.
1900. — *A. Monthioux*. Cancer bilatéral du sein. Thèse de Paris.
1901. — *Courtois Suffit*. Rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer. Revue des maladies cancéreuses, p. 104.
1901. — *Phocas*. Inflammation et tumeurs du sein. XIVe Congrès de Chirurgie.
1901. — *Oelsner*. Anatomische Untersuchung ueber die Lymphwege der Brust mit Bezug au die Ausbreitung des mammacarcinomes. Arch. für klin. Chir. T. 64, p. 135.
1901. — *Mauclaire*. Chirurgie générale de la peau, muscles, tendons, synoviales. Paris, p. 303.
1901. — *Mauclaire*. Lipomatose symétrique du cou. Ablation partielle. Arrêt dans l'accroissement de la tumeur. In thèse Bonnefond. Paris et Soc. de Chir., p. 983.
1902. — *A. Le Dentu*. Cancer du sein. Etude clinique statistique. Monogr.
1903. — *Meriel*. Extirpation du cancer du sein. Monogr.

1903. — *Mauclaire.* Lipomes circonscrits, symèttiques et multiples de la peau. Observation in thèse de Queinnec. Paris.
1903. — *Mauclaire.* Sarcome mixte du sein. Gazette des Hôpitaux. Juin.
1904. — *Bellonne.* Tumeurs malignes bilatérales du sein. Thèse de Bordeaux.

Index bibliographique de l'opération de Beatson

1896. — *G. I. Beatson.* Treatment of inoperable cancer. The British Méd. Journal, p. 1386.
1899. — *Boyd.* — Remarks on Oophorectomy in the treatment of cancer oî the breast Bristish Med. Journ. 4 fevr., p. 257.
1899. — *Brissaud.* Theorie Metamerique. Cliniques t. II.
1899. — *Hermann.* A Second case in which recurrent mammary cancer disappeared after treatment by Oöphorectomy and thyroïde Extract. The Lancet, 22 april, p. 1088.
1900. — *Boyd.* On Oophorectomy in cancer of the breast. The British Med. Journal, p. 1161.
1901. — *Hermann.* Oophorectomy in mammary cancer British Med. Journ., p. 1150.
1901. — *G. T. Beatson.* Treatment of cancer of the Breast by Oophorectomy and Thyroïde Extract. British Med. Journ., p. 1145.
1902. — *H. T. Butlin.* Traitement du cancer du sein par l'ovariotomie (Analyse in Journ. de Med., de Paris, 1902, p. 163). British Med. Journal, janvier.
1903. — *Reynès.* Traitement des cancers inopérables de la mamelle pour castration ovarienne. Communication au XVIe Congrès de Chirurgie, in Presse Méd., p. 746.
1904. — *A. Guinard.* Cancer du sein, fibrome de l'utérus, castration subtotale et disparition consécutive de la tumeur du sein. Soc. de Chir., 6 janv., Presse Med., p. 37.
1904. — *Dumont.* A propos de la castration ovarienne dans le cancer du sein. Presse Med., p. 45.

Paris. — Imprimerie de l'Institut de Bibliographie. — III-1904. — N° 1453.



Paris. — Imprimerie de l'Institut de Bibliographie